



Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos

Exposure to violence during the vocational training of resident physicians

Evangelina Montes-Villaseñor^{1*}, Janet García-González², María Sobeida Leticia Blázquez-Morales³, Alma Cruz-Juárez⁴, Xóchitl María del Carmen De-San-Jorge-Cárdenas³

RESUMEN

Las residencias médicas garantizan la formación y preparación de los futuros especialistas, no solo académica, sino también humana. Sin embargo, existe evidencia de maltrato, discriminación y abusos en los residentes médicos. El objetivo de este trabajo fue identificar experiencias de violencia física, psicológica o sexual de los residentes médicos del estado de Veracruz, México. Se realizó un estudio transversal descriptivo, mediante una metodología cuantitativa, de una población conformada por 656 médicos residentes de 16 unidades receptoras durante el año 2014. El 87 % reportó por lo menos una experiencia de agresión en su tiempo de formación como especialistas y hasta el 50.46 % refirió violencia psicológica. Sus principales agresores fueron jefes de servicio (33.5 %) y compañeros residentes (33.5 %), viéndose más afectados en el turno matutino (34.76 %). De la población total, 51.52 % son hombres y 48.48 % mujeres. En relación al análisis bivariado se obtuvieron los siguientes resultados: correlación entre sexo y violencia psicológica: $X^2 = 9.7406$, $P = 0.004$; violencia física: $X^2 = 4.8764$, $P = 0.003$; y violencia sexual: $X^2 = 4.8684$, $P = 0.001$. Los varones presentaron tasas de agresión más altas en el grupo de médicos residentes sometidos a mayor nivel de violencia psicológica, física y sexual. Con este estudio se enfatiza la importancia de forjar valores institucionales en la práctica médica, como el respeto y la dignidad, entre los médicos residentes, superiores y/o profesionales que intervienen en la formación y perfeccionamiento de sus especialidades.

PALABRAS CLAVE: residencias médicas, estrés, violencia física, psicológica y sexual.

ABSTRACT

The Medical residencies guarantee the academic and human apprenticeship and training of the future medical specialists. Nevertheless, there is evidence of maltreatment, discrimination and abuse against the medical residents. The purpose of this work was to identify experiences of physical, psychological or sexual violence of medical residents in the state of Veracruz, Mexico. A cross-sectional quantitative analysis was carried out focusing on a population of 656 residents from 16 receiving medical centers during 2014. Results indicate that 87% reported at least one experience of physical violence during their medical internship as specialists. Additionally, and up to 50.46% it reported psychological violence. The main aggressors were reported to be chiefs of service (33.5 %) and resident partners (33.5 %) and participants were more affected during the morning shift (34.76 %). 51.52 % of the participating population are males and 48.48 % are females. As regards The bivariate analysis revealed the following results: correlation between gender and psychological violence: $X^2 = 9.7406$, $P = 0.004$; physical violence: $X^2 = 4.8764$, $P = 0.003$; and sexual violence: $X^2 = 4.8684$, $P = 0.001$. Males reported higher aggression rates in their medical internships since they were subject to higher levels of psychological, physical and sexual violence. The results of the study emphasize the importance of forging institutional values as an integral part of medical residency programs. Respect and the dignity among medical residents, superiors and health professionals who are involved in training and apprenticeships of specialists should be promoted.

KEYWORDS: medical residencies, stress, physical violence, psychological violence, sexual violence.

*Correspondencia: vange0972@gmail.com/ Fecha de recepción: 6 de septiembre de 2016/ Fecha de aceptación: 18 de marzo de 2017

¹Universidad Veracruzana, Facultad de Medicina campus Xalapa, Médicos y Odontólogos S/N, col. Unidad del Bosque, Xalapa Enríquez, Veracruz, México, C.P. 91010; ²Universidad Autónoma de Nuevo León, Centro de Investigación, Facultad de Ciencias de la Comunicación; ³Universidad Veracruzana, Instituto de Ciencias de la Salud; ⁴Universidad Veracruzana, Dirección General de Investigaciones.

INTRODUCCIÓN

La formación del recurso humano constituye un pilar importante del sistema de salud; bajo ese escenario, las residencias médicas son un proceso social de gran importancia que garantiza la formación y preparación de los futuros médicos especialistas, para que alcancen un mayor perfeccionamiento en su práctica profesional; no obstante, las concepciones teóricas al respecto, se resisten a considerar la realidad de la violencia interpersonal (física, psicológica y sexual) como una variable determinante en la formación profesional de los médicos residentes, enfocándose en analizar, casi exclusivamente, cuestiones de orden técnico y científico (Vázquez-Sarandeses y col., 2014).

Se entiende como violencia al uso deliberado de la fuerza física o psicológica, ya sea en grado de amenaza o efectiva, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, privaciones, trastornos del desarrollo e incluso la muerte (OMS, 2002). Existen tres categorías de violencia: interpersonal, autoinfligida y colectiva. En esta investigación se trabajó con la categoría de violencia interpersonal, que puede definirse como cualquier acción u omisión que cause daño físico, sexual o psicológico entre parejas, compañeros de trabajo o en general. La violencia interpersonal en el entorno laboral genera estrés, que puede ser definido como “el conjunto de procesos y respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que son percibidas como amenaza o peligro, ya sea para su integridad física o psicológica” (Trucco, 1998).

Las condiciones laborales a las que estos médicos son sometidos, bajo la justificación de la exigente formación médica, incluyen expresiones u otras formas de violencia interpersonal generadas por el estrés laboral (Al-Sayed y col., 2016). En estas circunstancias, el médico residente tiene que buscar su identidad como profesionista y enfrentarse a un mundo laboral que puede resultarle hostil (Castro, 2014). Por ejemplo, el Informe Sobre la Salud en el mundo refiere que, en varios países, los trabajadores del sector salud (médicos de pre y posgrado, médicos adscritos, especialistas, enfermeras, entre otros) corren el

riesgo de padecer actos de violencia interpersonal dentro de sus centros de trabajo, tanto por superiores como por compañeros y hasta por pacientes, siendo los principales blancos las mujeres (OMS, 2006), lo cual se ha convertido en un problema particularmente preocupante en Suecia, donde se reportó que la atención sanitaria es el sector de mayor riesgo de padecer violencia, al igual que en el Reino Unido; ante tal panorama, muchos optan por renunciar a su empleo (OMS, 2006). Entre los actos más frecuentes, dentro del Reino Unido, figuran la violencia física y las agresiones sexuales, existiendo una relación directa entre estas y el aumento de bajas por enfermedad, los casos de desgaste y la rotación de personal (Ginger y col., 2015).

Se entiende como agresión a la acción que atenta contra la integridad física o moral de un individuo (Castellano y Castellano, 2012), es decir, es un tipo de violencia psicológica o física que va dirigido hacia el otro.

En el ámbito internacional, prácticas violentas interpersonales como la discriminación social, la agresión, maltrato o intimidación y acoso laboral tienen consecuencias que no solo deterioran el desempeño profesional, también la salud de los afectados durante el resto de sus vidas (OMS, 2014). El acoso se va a comprender como una forma de agresión repetitiva y constante que daña física, psicológica y emocionalmente (OMS, 2006).

En las diferentes investigaciones revisadas, las residencias médicas han sido abordadas, principalmente, desde la perspectiva de la planeación estratégica, el mercado laboral y la caracterización de la oferta y la demanda de recursos humanos para el sector salud (Nigenda y col., 2010), dejando de lado los aspectos relacionados con la práctica de violencia interpersonal, sobre todo psicológica, hacia los residentes. Sin embargo, en la última década, se ha visibilizado más la problemática que aquí se encara, pero se ha estudiado desde la perspectiva individual, soslayando casi por completo la dimensión social y colectiva que impacta sobre el desarrollo profesional y personal de los residentes médicos.

En los pocos estudios que existen al respecto, la conducta profesional de los médicos residentes ha sido objeto de interés sociológico y psicológico, y su estudio se ha centrado en la importancia del contexto socioeconómico, cultural y político para el desarrollo de la profesión (Nishijima-Azeredo y Blima-Schraiber, 2016), de allí que se rescate el estudio de la presencia de entornos violentos en el área de salud, porque ciertas manifestaciones de violencia interpersonal (como el humillar a un residente cuando hizo algo mal) han sido normalizadas por los patrones culturales del neoliberalismo, donde lo importante es el resultado y no el proceso de aprendizaje.

Países como Estados Unidos de América y Canadá han documentado el maltrato al médico especialista en formación, donde la variable más estudiada ha sido el acoso laboral. En Noruega, Suecia y Alemania, a este fenómeno se le llama “mobbing”, mientras que en Finlandia se le denomina “conflicto interpersonal”. En la encuesta sobre “Acoso laboral en los médicos jóvenes” de la Universidad de Kent en Reino Unido, se pudo constatar que uno de cada tres médicos residentes han sufrido de agresión y acoso por parte de sus superiores (Quine, 2002).

La Universidad de Calgary, en Canadá, realizó una encuesta que permitió determinar que el 34 % de los médicos especialistas experimentaron estrés y problemas importantes de salud emocional y mental (Cohen y Patten, 2005). El nivel de estrés se ha medido en relación con la tasa de suicidios en el personal médico, que es tres veces más elevada que en la población general y con relación a los accidentes de tráfico, que son dos veces superiores (Moreno-Jiménez y Peñacoba, 2009). Las Universidades de Boston y de Arkansas, en Estados Unidos, encontraron a través de la encuesta de percepción de estrés entre los médicos residentes de Anatomía Patológica, que el 64 % experimentaron sobrecarga de trabajo y variabilidad en las expectativas de sus profesores (Leisy y Ahmad, 2016).

En 24 diferentes escuelas de medicina, de los Estados Unidos, se realizó una investigación pa-

ra identificar la prevalencia de agresión y discriminación entre 919 médicos en formación; reportándose al menos un incidente de maltrato por parte de los profesores (64 %) y por los compañeros residentes (75.5 %) (Cook y col., 2014). Otro estudio de los médicos residentes en los Estados Unidos mostró que, durante su formación, el 69.8 % experimentó agresión en su lugar de trabajo (Benbassat, 2013). Estadísticas similares se han consignado en otras investigaciones en Norteamérica (Fnais y col., 2014), como la de médicos residentes familiares en Canadá, que determinó que el 45 % vivió una forma de intimidación, agresión o discriminación durante su formación, y más de la mitad había padecido este tipo de conductas violentas más de una vez (Crutcher y col., 2011). Tasas concordantes se registraron también en Irlanda, Australia y Nueva Zelanda (Cohen y Patten, 2005; Nabi y col., 2013). Las tasas de maltrato de personal médico en formación son aún mayores en Asia y África, donde las estadísticas van desde 77 % en Nigeria hasta el 97 % en Omán (Al-Shafae y col., 2013; Alosaimi y col., 2015). La mayoría de estos estudios han encontrado que la principal fuente de comportamiento inapropiado, acoso y menosprecio de los médicos en formación, es de sus colegas médicos en posiciones superiores (Alexander y col., 2013); la forma más común de abuso es la agresión verbal (Cohen y col., 2008; Crutcher y col., 2011).

En Sudamérica, también se presentan estos fenómenos de violencia. En Argentina, se llevó a cabo un estudio sobre la percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. El resultado fue que el 89 % refirió haber recibido algún tipo de violencia (Mejia y col., 2005; Bastias y col., 2011; Ibáñez y col., 2015). En Uruguay, se llevó a cabo una encuesta de carácter descriptivo, identificando violencia psicológica en el 89 % de los 446 médicos residentes (Stolovas y col., 2011; Mejia y col., 2016).

En México, comenzaron a sobresalir las investigaciones referidas al maltrato que sufren los médicos residentes y las agotadoras jornadas que deben cubrir, así como los efectos que ta-

les aspectos tienen sobre su formación y su práctica (Castro, 2014). En el estado de Sonora, se registró una prevalencia del 93 % de acciones violentas hacia los médicos residentes durante su formación (Herrera-Silva y col., 2006; Casas y col., 2013). En este sentido, el sistema de salud juega un papel muy importante en la génesis del *habitus* profesional del médico residente (entendiendo *habitus* como los principios generadores y organizadores de prácticas laborales y de trato a los residentes), que se desarrolla bajo la forma de castigo, el cual se torna, paradójicamente, una forma de transmisión algo desviada de los conocimientos a través de la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa (Castro, 2014). Siendo así que, la interiorización de la violencia interpersonal que muchas veces el residente experimenta por parte de sus superiores, sienta las bases para la generación y reproducción de conductas similares hacia sus compañeros; lo que desemboca en un ámbito de violencia para el profesional de la salud.

En dichos contextos, se han detectado niveles de estrés superiores a los de la población en general, asociados al agotamiento, el cansancio y las quejas por parte de los pacientes y sus familiares hacia los residentes, situaciones que llegan a generar errores en la práctica clínica, así como perjuicios directos para los mismos médicos, que sufren de manera reiterada lesiones, enfermedades, abuso de alcohol y drogas y, en el peor de los escenarios, intentos y hasta consumación de suicidios (Mendoza y col., 2016). En México hay pocos estudios documentados sobre situaciones de violencia interpersonal en los diferentes estados de la república.

El objetivo de la presente investigación fue identificar experiencias de violencia interpersonal en el proceso de formación de los médicos residentes de Veracruz, México, estudio que se considera piloto dentro de este estado.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente artículo es resultado de una investigación mayor, de la cual se expone aquí solo

un aspecto. Por ello, la metodología que a continuación se describe incluye muchos más elementos que la violencia interpersonal, ya que el estudio completo fue sobre los determinantes de bienestar de médicos residentes. La metodología utilizada fue cuantitativa, transversal y descriptiva. Se realizó en dos fases: diagnóstica y de análisis. La población en estudio comprendió a los médicos residentes de 16 unidades receptoras (hospitales) del estado de Veracruz en el año 2014. Se convocó para este propósito a 984 integrantes de la plantilla de residentes durante ese año, de los cuales, aceptaron participar un total de 656 médicos residentes de la Universidad Veracruzana de manera voluntaria y bajo consentimiento informado, de acuerdo a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de la Declaración de Helsinki (Manzini, 2000) y el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Poder Ejecutivo Federal, 1984).

El instrumento para la recolección de información fue un cuestionario, denominado “Determinantes del Bienestar de los Médicos Residentes”, cuya base fue el diseño de Cohen y Patten (2005), el cual, se administró de forma personal por la investigadora en cada sede receptora, con una tasa de respuesta de 67 %. Constó de 38 ítems divididos en siete secciones o apartados, para medir dos variables: bienestar y rendimiento académico. La variable bienestar tenía en sus indicadores: perfil social y demográfico, perfil económico, sistema de familia, subsistema de pareja, estrés, violencia, percepción de salud y derechos de los residentes. La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el estadígrafo Alpha de Cronbach, obteniendo una consistencia interna de 0.849; y su validación estadística a través de Análisis de Componentes Principales (ACP), con lo que, se obtuvo la ordenación multivariada, además los *loading* y el factor *score* como producto a partir de las contribuciones de combinación lineal de los componentes principales (PC, por sus siglas en inglés Personal Components).

El presente artículo se centra en el indicador de violencia, en este caso, violencia interper-

sonal, que incluye: agresión física, sexual y psicológica, tipo de agresor, y la frecuencia de la agresión. Para el análisis de la información se utilizaron estadísticas descriptivas, frecuencias, porcentajes y Ji cuadrada.

RESULTADOS

Las características de la población estudiada en esta investigación mostraron que el 51.52 % eran hombres y 48.48 % mujeres, con una razón de 1 a 1, teniendo un aumento de mujeres en las residencias médicas del área quirúrgica. El 72.71 % de esta población eran solteros o solteras. El 44.51 % se encontraba realizando su primer año de especialidad (Tabla 1).

El 62 % de los médicos residentes afirmaron tener un manejo del estrés laboral “bueno” en el día a día; mientras que el 3 % dijeron tener un manejo diario del estrés “malo”. El 65 % declararon un manejo del estrés “bueno” en problemas inesperados y difíciles; mientras que el

2 % argumentaron tener un manejo “malo” del estrés en este tipo de problemas (Tabla 2).

En la Tabla 3 se consignan los estresores laborales más importantes relacionados con el ambiente físico, los riesgos ambientales y las condiciones laborales, en los que se destacan las presiones con los tiempos de servicio (62.04 %), la situación financiera (62.20 %) y el cansancio y agotamiento (58.99 %). Cabe destacar que la discriminación ocupó un lugar menor como estresor laboral, con solo el 19.21 %. Aunque no se analizó el nivel de estrés por tiempo de residencia, es importante mencionar que el grupo formado por residentes de primer año se caracterizó por tener un mayor apego a la normatividad, lo que deviene en un mayor estrés a la hora de enfrentar sus responsabilidades.

El reporte de experiencias de agresión se categorizó en cinco escalas y se obtuvo que el 87 % de los 656 médicos residentes ha tenido

■ **Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables sociales y demográficas de los médicos residentes.**
 Table 1. Descriptive analysis of social and demographic variables of medical residents.

Variable	Descripción	Población	Porcentaje
Sexo	Masculino	338	51.52
	Femenino	318	48.48
Total		656	100
Estado civil	Soltero(a)	477	72.71
	Casado(a)	126	19.21
	Divorciado(a)	9	1.37
	Viudo(a)	1	0.15
	Unión libre	43	6.55
Total		656	100
Especialidad médica	Quirúrgica	251	38.26
	No quirúrgica	405	61.74
Total		656	100
Año en que se encuentra en la especialidad	Primero	292	44.51
	Segundo	249	37.96
	Tercero	105	16.01
	Cuarto	10	1.52
Total		656	100

■ **Tabla 2. Distribución porcentual de la eficacia en el manejo del estrés.**

Table 2. Percentage distribution of stress management.

Manejo del estrés	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Total
Demanda del día a día como responsabilidades laborales o familiares	52	407	177	20	656
	8 %	62 %	27 %	3 %	100 %
Manejo de problemas inesperados y difíciles, crisis familiar o personal	20	426	197	13	656
	3 %	65 %	30 %	2 %	100 %

■ **Tabla 3. Identificación de las fuentes de estrés de los médicos residentes.**

Table 3. Identification of stress sources of medical residents.

Fuentes de estrés	Si		No	
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje
Presiones con los tiempos de servicio	407	62.04	249	37.96
Problema de salud o condición física	205	31.25	451	68.75
Situación financiera (por ejemplo, no es suficiente el dinero, la deuda)	408	62.20	248	37.80
Propia situación de trabajo (por ejemplo, horas de trabajo, condiciones de trabajo)	305	46.49	351	53.51
Programa de residencia médica	369	56.25	287	43.75
Cuidado de los niños-propios (si tiene hijos)	34	5.18	622	94.82
El cuidado de los demás	222	33.84	434	66.16
Otras responsabilidades personales o familiares	272	41.46	384	58.54
Relaciones personales	278	42.38	378	57.62
Discriminación	126	19.21	530	80.79
Cansancio y agotamiento	387	58.99	269	41.01

por lo menos una experiencia de agresión en su etapa de formación (Figura 1). La identificación del tipo de agresión que padecieron los médicos residentes, se clasificó en tres tipos: física, psicológica y sexual, ocupando el lugar más alto con un 50.46 % de ocurrencia la agresión psicológica (Tabla 4).

En cuanto al tipo de agresor, se registró una mayor percepción de violencia entre los encuestados por parte del jefe de servicio y de sus compañeros, con un porcentaje de 33.5 %, para cada uno de ellos (Figura 2).

La mayor incidencia de agresión contra los médicos residentes se dio durante el turno ma-

tutino (34.76 %) (Tabla 5). En relación al análisis bivariado, a través de la Pruebas de independencia con Ji cuadrada, se encontró que los hombres presentaron mayor tasa de agresión en los valores más altos de la escala (mucho o regular) para las formas de violencia psicológica, física y sexual con relación a las mujeres (Tabla 6).

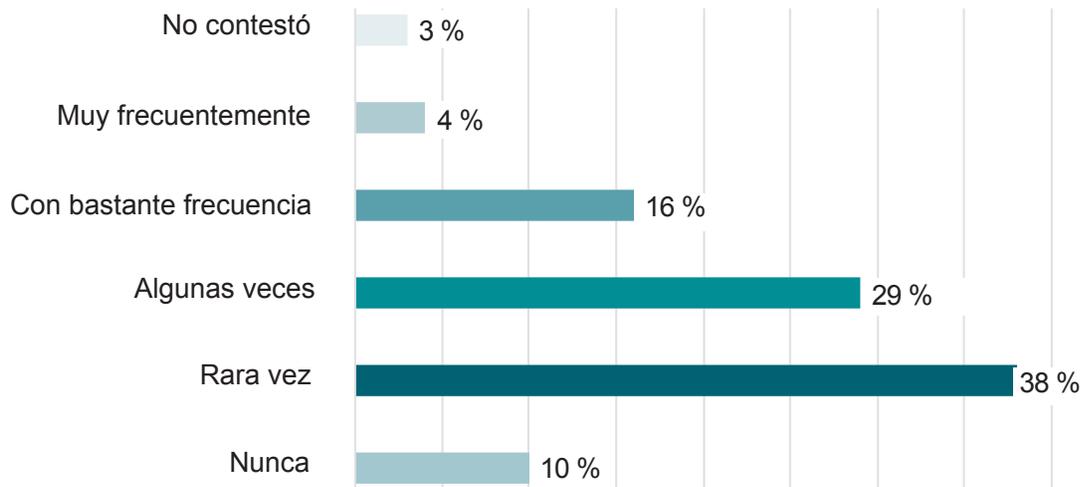
DISCUSIÓN

Las experiencias de violencia interpersonal, dentro de la muestra estudiada de médicos residentes del estado de Veracruz, permitieron observar que estas son comparables, o hasta ligeramente superiores, a las reportadas en otras partes del mundo; toda vez que las características sociales y demográficas obtenidas, re-

■ **Tabla 4. Tipo de agresión de la que ha sido objeto el médico residente.**

Table 4. Type of aggression to which medical residents have been subject.

Tipo de agresión	Población	Porcentaje
No especifica agresión	270	41.16
No contestó	39	5.95
Física	14	2.13
Psicológica	331	50.46
Sexual	2	0.30
Total	656	100



■ **Figura 1. Experiencias de agresión en el proceso de formación como médico residente.**

Figure 1. Experiences of aggression in the process of training as a medical resident.

gistraron que 48.48 % de la muestra considerada en el análisis fueron mujeres; en Arabia Saudita y Nigeria, este porcentaje fue respectivamente del 44.6 % y el 35 % (Nagata-Kobayashi y col., 2009; Al-Shafae y col., 2013; Alosaimi y col., 2015); en cambio, en Australia y Estados Unidos fue del 60 % (Soares y Chan, 2016). Es interesante observar que en estos dos últimos países, las mujeres representan más del 50 % del personal laborando en las diferentes áreas de la profesión médica, sin embargo no se observa una disminución sustancial de los índices de violencia, pese a considerarse que tienen contextos laborales mejor organizados y financiados (Castillo y Garibay, 2015).

El análisis de la percepción del manejo del estrés permitió establecer que éste se asoció

más con la presión que ejercen los tiempos de servicio, pues el 62.04 % de los médicos residentes tuvieron problemas relacionados con su área laboral, principalmente por tiempos excesivos de trabajo contra poca remuneración, a diferencia de Estados Unidos, que tuvo un 26 %, Arabia Saudita 22 %, Argentina 21.7 % y Turquía 19.9 %; estudios en los que el estrés se asocia a un cansancio extremo (Aldrees y col., 2013; Leisy y Ahmad, 2016; Soares y Chan, 2016).

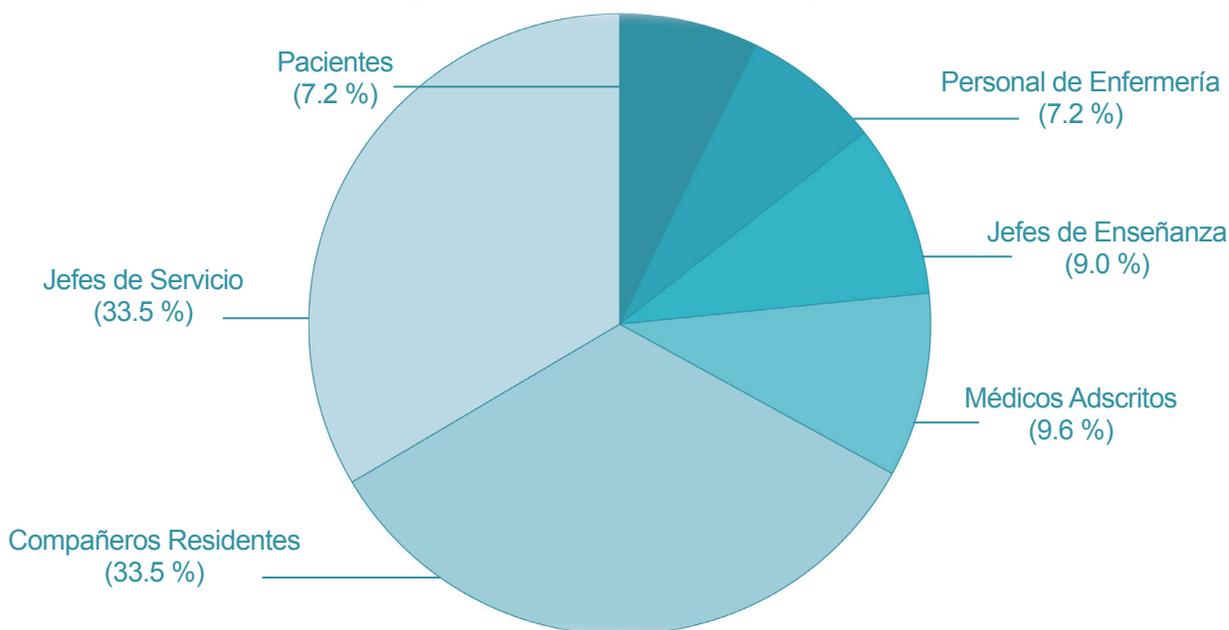
Las fuentes de estrés identificadas en este estudio coinciden con las de otros hospitales, ubicados en diferentes países:

1. La situación financiera (salario mediocre) se reportó con 62.20 %, en contraste con el 46 % de Arabia Saudita (Alosaimi y col., 2015), el

■ **Tabla 5. Distribución porcentual de los turnos donde presentaron eventos de agresión los médicos residentes.**

Table 5. Percentage distribution of shifts where instances of aggression towards medical residents were present.

Turnos	Población	Porcentaje
No contestó	174	26.52
Matutino	228	34.76
Vespertino	27	4.12
Nocturno	115	17.53
A cualquier hora	112	17.07
Total	656	100



■ **Figura 2. Tipo de agresor de los médicos residentes.**

Figure 2. Type of aggressor of medical residents.

18 % de Canadá (Cohen y Patten, 2005) y el 34 %, para los médicos residentes en Australia y Estados Unidos (Soares y Chan, 2016). Estas diferencias se deben a dos factores: el primero es que cada país cuenta con sus propias políticas públicas de salud, y el segundo apunta a la complejidad de los programas de residencias en cada contexto específico (Soares y Chan, 2016).

2. La percepción con relación a la duración de los tiempos de servicio se presentó en el

62.04 % del total de los médicos residentes, quienes creen pasar demasiado tiempo en su trabajo. En Canadá, el 79 % de las médicos residentes percibieron como muy largas sus jornadas de trabajo, en tanto que el 69 % de los varones tuvieron la misma percepción. En el caso de Suiza, la situación es diferente, puesto que solo el 12 % de los encuestados afirmó pasar demasiado tiempo en su servicio (Buddeberg-Fischer y col., 2008). Esta fuente de estrés tiene que ver con las tareas cotidianas y con el

■ **Tabla 6. Tipo de agresión y sexo de médicos residentes.**

Table 6. Type of aggression and gender of the medical residents physicians.

	Sexo			
	Masculino		Femenino	
Psicológica				
Nada	82	24.8 %	70	22.5 %
Poca	76	23.0 %	65	20.9 %
Regular	102	30.9 %	120	38.6 %
Mucha	70	21.2 %	56	18.0 %
Total	330	100.0 %	311	100.0 %
$X^2 = 9.7406, P = 0.004$				
Física*				
Nada	121	36.7 %	95	30.5 %
Poca	207	62.7 %	216	69.5 %
Regular	2	0.6 %	0	0 %
Total	330	100.0 %	311	100.0 %
$X^2 = 4.8764, P = 0.003$				
Sexual*				
Nada	123	37.3 %	94	30.2 %
Poca	177	53.6 %	192	61.7 %
Regular	30	9.1 %	25	8.0 %
Total	330	100.0 %	311	100.0 %
$X^2 = 4.8684, P = 0.001$				

El total es de 651 porque 5 no respondieron.

*En violencia física y sexual no se presentó el nivel “muchas”.

tipo de residencia y el grado que cursa el médico, pero también hace referencia a sus actividades personales.

3. El cansancio y agotamiento fue registrado en un 58.99 % de la muestra, a diferencia de los médicos residentes de Uruguay, que documentaron un 42.4 % (Cebriá y col., 2014); sin embargo, por razones aún no analizadas puntualmente, los médicos residentes en la Ciudad de México registraron una estadística extraordinariamente baja, con tan sólo un 2.11 % (Puer-tas y col., 2015).

El presente estudio no fue diseñado para evaluar las fuentes de estrés sino, sólo para identificarlas; en este sentido, una de las dificultades

de una comparación específica con otros estudios, es el uso de escalas y cuestionarios diferentes, a fin de determinar los niveles de estrés en el grupo de participantes. Por otra parte, la identificación de los estresores y sus porcentajes, permite delinear el clima laboral que se percibe, siendo que un clima laboral estresante puede fácilmente devenir en violencia interpersonal, como forma de liberar el estrés. Dentro de los hospitales, debido a su rígida estructura jerárquica, la agresión puede ir en aumento, por ello la importancia de identificar al agresor.

El maltrato y la agresión pueden persistir como un comportamiento aprendido, creando un círculo de abusos difícil de erradicar; este fe-

nómeno se da principalmente en los médicos residentes de primer año. El legado de la intimidación, dentro de la profesión médica, puede deberse a que “el abuso engendra el abuso” (Al-Shafae y col., 2013; Nabi y col., 2013). La Asociación Canadiense de los Internos y Residentes (CAIR, por sus siglas en inglés: Canadian Association of Interns and Residents) reportó que entre el 45 % y el 93 % de los residentes ha experimentado alguna forma de agresión durante su entrenamiento, al menos en una ocasión (Karim y Duchcherer, 2014). El 87 % de los 656 encuestados en este trabajo, habían recibido por lo menos una agresión. En los grupos de mayor violencia (mucha o regular) para cada tipo de agresión, se encontró que los varones presentaron una mayor tasa respecto a las mujeres. La distribución del tipo de agresión fue de 50.46 % psicológica, 2.13 % física y 0.30 % sexual.

En un estudio llevado a cabo en Perú se presentaron los siguientes tipos de agresión: psicológica en el 96.8 % de los casos, física en el 62.6 % y sexual en el 20.6 % (Munayco-Guillén y col., 2016). Para hacer otra comparación, un estudio reportado en Irán documentó una incidencia más alta en cualquier tipo de abuso experimentado, con un 89 % del total de los encuestados, de los cuales, el 43 % registraron amenazas verbales y físicas, el 10 % asalto físico y el 31 % acoso sexual (Sadrahad y col., 2016).

Al parecer no existe variación significativa en las tasas de intimidación y acoso entre América del Norte y el resto del mundo (Karim y Duchcherer, 2014). Es importante resaltar que se identificó una alta prevalencia del comportamiento violento en la formación de médicos residentes, predominando en casi todos los estudios la agresión verbal.

En esta investigación, los agresores más asiduos fueron los jefes de servicio y los compañeros residentes, con un 33.5 %, respectivamente (Figura 2). En el estudio de Perú, los principales agresores fueron los médicos docentes y los compañeros residentes (Munayco-Guillén y col.,

2016). En otro estudio realizado en Canadá se registró que el grado más alto de intimidación y acoso fue ejercido por personal de enfermería (55 %) y las familias de los pacientes (40 %) (Cohen y Patten, 2005).

Ahora que se tienen identificadas las fuentes de estrés más frecuentes (la situación financiera, no es suficiente el dinero; presiones con los tiempos de servicio; cansancio y agotamiento), los tipos de violencia interpersonal (física, psicológica y sexual) y el tipo de agresor más común (los propios compañeros residentes, jefes de servicio y médicos adscritos), que experimentaron los médicos residentes durante su formación, es posible dar el siguiente paso que se orienta a conocer las causas por las que esto sucede. En este primer estudio no se profundizó más, porque el diseño causal limitó el valor de los efectos causales; y la generalización de los resultados afectó la percepción, que es una variable de difícil medición por ser subjetiva. Para complementar este estudio, sería preciso llevar a cabo una investigación de tipo cualitativa, que permitiera saber si la práctica de la violencia interpersonal hacia los residentes médicos obedece sólo al estrés propio de la profesión médica, a un mal entendido sentido de “formar el carácter” o a una visión autoritaria que forma *habitus*, tal como propone Castro (2014).

En las ciencias médicas, los saberes son el fundamento teórico de un ejercicio de aplicación técnica, que se consume en el acto médico (Vázquez-Sarandeses y col., 2014), con esto en mente, queda claro que si durante la obtención de dicho fundamento teórico, los residentes fueron objeto de una violencia interpersonal naturalizada dentro de las mismas prácticas profesionales, es muy probable que esta conducta se verá reflejada en su práctica profesional, es decir, en el acto médico hacia el paciente. Por el contrario, la residencia médica que se constituye en un perfeccionamiento continuo del sujeto, permite que crezca no sólo en cuestiones académicas relacionadas con esta profesión, sino también como ser humano, ya que es innegable que el

proceso de formación es inseparable del contexto sociocultural en el que se desarrolla su práctica (Vázquez-Sarandeses y col., 2015).

CONCLUSIONES

La presente investigación encontró que los causantes de más de la mitad de las agresiones son los compañeros médicos residentes, junto con los jefes de servicio; lo cual evidencia una falta clara de ética profesional, pero sobre todo una seria carencia de control en los contextos organizacionales de los hospitales, lo que además repercute directamente en el desempeño académico del estudiante de medicina. Finalmente, de este estudio se desprende la ausencia de un sistema de apoyo psicológico para el médico residente, que le permita aprender a manejar sus emociones frente al estrés diario, las crisis esporádicas y las consecuencias de sus errores –se recuerda que un médico enfrenta continuamente la posibilidad de la muerte de sus pacientes-. Se requiere una estructura de soporte psicológico que ayude al residente en el manejo del estrés para mantener su salud mental y emocional, tan necesaria para la toma rápida de decisiones que debe enfrentar para poder salvar vidas. La violencia interpersonal durante el proceso de formación de médicos residentes tiene repercusiones en el

desarrollo profesional de manera inmediata, a mediano y a largo plazo. Por lo visto, las situaciones de violencia obstaculizan, el que un médico residente incorpore o desarrolle las competencias sociales idóneas como profesional de la salud. Con esta investigación se visibiliza la violencia interpersonal como un problema real que repercute en la formación del recurso humano del sector salud, lo cual servirá de base para nuevas líneas de generación de conocimiento en la materia y con ello desarrollar una política pública orientada a disminuir este problema que se presenta durante la profesionalización del personal que labora en el sector salud.

AGRADECIMIENTOS

Los autores de este estudio agradecen las facilidades brindadas en los 16 hospitales sedes de las instituciones de salud del estado de Veracruz, y a la Dirección General de Estudios de Posgrado de la Universidad Veracruzana por los apoyos para la realización de esta línea de investigación. Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la subdirección de enseñanza e investigación de los servicios de salud del estado de Veracruz con el número de registro SEI 2013/06/28.

REFERENCIAS

- Aldrees, T. M., Aleissa, S., Zamakhshary, M., Badri, M., and Sadat-Alid, M. (2013). Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia. *Annals of Saudi medicine*. 33(5): 451-456.
- Alexander, J. B., Rajput, V., and Katz, P. (2013). A culture of respect. *Academic Medicine*. 88(6): 741-744.
- Alosaimi, F. D., Kazim, S. N., Almufleh, A. S., Aladwani, B. S., and Alsubaie, A. S. (2015). Prevalence of stress and its determinants among residents in Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*. 36(5): 605-612.
- Al-Sayed, N. N., El-Sheikh, M. M., Mahmoud, D. A., El-Ghamry, R. H., Sabry, W. M., Hatata, H. M., ..., and Sakr, A. M. (2016). Work stress: psychological impact and correlates in a sample of Egyptian medical residents. *Middle East Current Psychiatry*. 23(3): 113-118.
- Al-Shafae, M., Al-Kaabi, Y., Al-Farsi, Y., White, G., Al-Maniri, A., Al-Sinawi, H., ..., and Al-Adawi S. (2013). Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical internship: across-sectional study among first year residents in Oman. *BMJ Open*. 3(2): 1-8.
- Bastias, N., Fasce, E., Ortíz, L. y Pérez, C. (2011). Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud*. 8(1): 45-51.
- Benbassat, J. (2013). Undesirable features of the medical learning environment: a narrative review of the literature. *Advances in Health Sciences Education*. 18(3): 527-533.
- Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., Siegrist, J., and Buddeberg, N. (2008). Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *International archives of occupational and environmental health*. 82(1): 31-38.
- Casas, D., Rodríguez, A., Casas, I. y Galeana, C. (2013).

Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*. 19(1):125-133.

Castellano, R. y Castellano, R. D. (2012). Agresión y violencia en América Latina. Perspectivas para su estudio: Los otros son la amenaza. *Revista Espacio Abierto*. 21(4): 677-700.

Castillo, L. y Garibay, L. (2015). Presencia de las mujeres en las especialidades médicas una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 18(4):1706-1728.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*. 76(2):167-197.

Cebriá, A., Turconi, L., Bouchacourt, J., Riva, J. y Castromán, P. (2014). Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en residentes de anestesia de Uruguay. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay*. 1(2):23-30.

Cohen, J. S., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., ..., and Patten, S. (2008). The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents wellbeing survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. *BMC Research Notes*. 1(1):1.

Cohen, J. and Patten, S. (2005). Well-being in residency training: A survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Medical Education*. 5(21):1-11.

Cook, A. F., Arora, V. M., Rasinski, K. A., Curlin, F. A., and Yoon, J. D. (2014). The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*. 89(5): 749-754.

Crutcher, R. A., Szafran, O., Woloschuk, W., Chatur, F., and Hansen, C. (2011). Family medicine graduates' perceptions of intimidation, harassment, and discrimination during residency training. *BMC medical education*. 11(88):1.

Fnais, N., Soobiah, C., Chen, M. H., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M., ..., and Tricco, A. C. (2014). Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Academic Medicine*. 89(5): 817-827.

Ginger, C. H., Perrin, N., Moss, H., Laharnar, N., and Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 15(11):1-13.

Herrera-Silva, J., Treviño-Moore, A. y Acosta-Corona, C. (2006). Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 16(1):18-30.

Ibáñez, E., Rondón, L., Ramírez, A., Romero, M. y Silva, C. (2015). Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias psicoactivas legales farmacológicas en médicos residentes de una universidad de Bogotá. *Revista Salud Bosque*. 2(1):17-24.

Karim, S. and Duchcherer, M. (2014). Intimidation and harassment in residency: a review of the literature and results of the 2012 Canadian Association of Interns and Residents National Survey. *Canadian Medical Education Journal*. 5(1):50-57.

Leisy, H. B. and Ahmad, M. (2016). Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Medical Education*. 16(127): 1-10.

Manzini, J. L. (2000). Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos, Chile, in *Scientific Electronic Library Online*. [En línea]. Disponible en: <http://www.temoa.info/es/node/558289>. Fecha de consulta: 5 de febrero de 2017.

Mejia, C., Allpas-Gomez, H., Caceres, O. y Perú, R. (2016). Factores socio-laborales asociados al maltrato psicológico, físico y sexual en el personal de salud en dos hospitales de Lima, Perú, en *Archivos de Medicina*. [En línea]. Disponible en :<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/factores-sociolaborales-asociados-al-maltrato-psicologico-fisico-y-sexual-en-el-personal-de-salud-en-dos-hospitales-de-lima-peru.php?aid=8863>. Fecha de consulta: 22 de julio de 2016.

Mejia, R., Diego, A., Alemán, M., Maliandi, M. y Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina* (Buenos Aires) 65(4): 295-301.

Mendoza, M., Ascencio, L., Tapia, G., Montes, E. y Salado, M. (2016). Desgaste profesional, calidad de vida y salud en residentes de medicina, en el estado de Veracruz, México. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*. 6(2):91-103.

Moreno-Jiménez, B. y Peñacoba, C. (2009). Estrés asistencial en los servicios de salud. *Psicología de la Salud*. México: Siglo XXI. 805 Pp.

Munayco-Guillén, F., Cámara-Reyes, A., Muñoz-Tafur, L., Arroyo-Hernández, H., Mejia, C. y Lem-Arce, F. (2016). Características del maltrato hacia estudiantes de medicina de una universidad pública del Perú. *Revista Perua-*

na de Medicina Experimental y Salud Pública. On-line. 33(1): 58-66.

Nabi, H., Harley, S., and Murphy, E. (2013). The perils and triumphs of night surgical residents across South Australia. *Journal of surgical education*. 70(2): 265-272.

Nagata-Kobayashi, S., Maeno, T., Yoshizu, M., and Shimbo, T. (2009). Universal problems during residency: abuse and harassment. *Medical Education*. 43(7): 628-636.

Nigenda, G., Aguilar-Martínez, M. E. y Ruiz-Larios, J. A. (2010). *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud. Bases para su planeación estratégica*. Bogotá: Javegraf. 222 Pp.

Nishijima-Azeredo, Y. y Blima-Schraiber, L. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*. 12(1): 9-21.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 12 Pp.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2006). *Informe sobre la Salud en el mundo*. Colaboremos con la Salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. 219 Pp.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia Ginebra, Suiza, en *WHO publications*. [En línea]. Disponible en: http://oig.cepal.org/sites/default/files/informe_sobre_la_situacion_mundial_de_la_prevenccion_de_la_violencia.pdf. Fecha de consulta: 5 de febrero de 2017.

Poder Ejecutivo Federal (1984). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [En línea]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdinom/compi/rlgsmis.html>. Fecha de consulta: 5 de febrero de 2017.

Puertas, A., García, J. y Rosete, V. (2015). Síndrome de burnout (quemado) en médicos residentes adscritos a hospitales del Grupo Ángeles: HA Clínica Londres, HA Lomas, HA Metropolitano, HA México, HA Mocel y HA Pedregal. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 13(2): 69-81.

Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ*. 324(7342): 878-879.

Sadrabad, A. Z., Bidarizerehpooosh, F., Rad, R. F., Kariman, H., Hatamabadi, H., and Alimohammadi, H. (2016). Residents Experiences of Abuse and Harassment in Emergency Departments, in *Journal of interpersonal violence*. [En línea]. Disponible en: <http://jiv.sagepub.com/content/early/2016/07/07/0886260516645575.abstract>. Fecha de consulta: 22 de julio de 2016.

Soares, D. and Chan, L. (2016). Stress and wellbeing of junior doctors in Australia: a comparison with American doctors and population norms. *BMC Medical Education*. 16(1):183.

Stolovas, N., Tomasina, F., Pucci, F., Frantchez, V., and Pintos, M. (2011). Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Revista Médica del Uruguay On-line*. 27(1): 21-29.

Trucco, M. (1998). *Promoción de la salud mental en el ámbito laboral*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. 60 Pp.

Vázquez-Sarandeses, J. E., Montoya-Rivera, J., Almaguer-Delgado, A. J., and García-Céspedes, M. E. (2014). La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico-paciente. *MediSan*. 18(10): 1475-1483.

Vázquez-Sarandeses, J. E., Montoya-Rivera, J., Almaguer-Delgado, A. J., and García-Céspedes, M. E. (2015). El proceso de formación profesional del médico general integral en el ciclo de especialización. *MediSan*. 19(1): 125-133.