



ARTÍCULO ORIGINAL

Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético[☆]

Stéphanie Derive^{a,*}, M. de la Luz Casas Martínez^a, Gregorio T. Obrador Vera^b, Antonio R. Villa^b y Daniela Contreras^b

^a Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Campus México, Ciudad de México, México

^b Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, Campus México, Ciudad de México, México

Recibido el 31 de enero de 2017; aceptado el 25 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Maltrato;
Residencias médicas;
Abusos;
Depresión

Resumen

Introducción: Entre los múltiples retos que enfrenta un residente se encuentran las relaciones intrahospitalarias. En estas relaciones se han identificado maltratos hacia el residente que interfieren con su aprendizaje. Sin embargo, se conoce poco sobre este fenómeno en México. **Objetivo:** Medir la percepción de diferentes tipos de maltrato en residentes y hacer un análisis bioético de los resultados.

Método: Se aplicó una encuesta electrónica de 107 preguntas a residentes del Estado de México para medir la percepción de maltratos psicológicos, físicos, académicos y sexuales. Se preguntó sobre quiénes ejercían los maltratos y sus consecuencias. El análisis estadístico incluyó la descripción de maltrato y sus tipos específicos, así como la frecuencia de variables sociodemográficas. Se realizó regresión logística para estimar la probabilidad de maltrato en función de variables de riesgo.

Resultados: Se obtuvieron 143 respuestas (tasa de respuesta: 8.2%), 84% de los residentes refirió haber sufrido maltratos, siendo el más frecuente el psicológico (humillaciones en el 78%), seguido por el académico (guardias de castigo en 50% y negación de la enseñanza en 40%) y por el físico (16% recibieron golpes, 35% fueron privados de alimentación y 21% de ir al baño durante sus guardias, como castigo). Además 21% fue presionado a consumir alcohol contra su voluntad. Los maltratos psicológicos y físicos fueron más frecuentes en especialidades quirúrgicas que

[☆] Presentaciones previas en forma diferente: Conferencia en el marco del curso internacional «Trascendiendo Fronteras en Medicina Interna II», organizado por la Universidad Internacional del Ecuador, Quito, Ecuador (17 al 20 de abril 2015) y cartel presentado en el 8.º Congreso Internacional de Bioética, «Bioética y humanismo», organizado por la Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, Estado de México, (1,2 y 3 de Junio 2015).

* Autor para correspondencia. Centro Interdisciplinario de Bioética Universidad Panamericana, Campus México. Augusto Rodin 498, Colonia Insurgentes Mixcoac, CP 03920 Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, México (52+) (55) 5482 1600 ext. 5654 o 5697.

Correo electrónico: sderive@up.edu.mx (S. Derive).

La revisión por pares es responsabilidad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>

2007-5057/© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Derive S, et al. Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. Inv Ed Med. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.004>

médicas. Como consecuencia de los maltratos, el 89% de los residentes reportaron *burnout*, 71% depresión, 78% ansiedad y 58% mala atención a sus pacientes. Los principales responsables de los maltratos fueron residentes de jerarquía superior y médicos de base.

Conclusiones: Los maltratos durante la residencia son muy frecuentes y afectan los derechos humanos y la dignidad de los residentes. También reducen la capacidad de aprendizaje y la eficiencia de la educación médica de especialidad, en un país con alta demanda de atención de salud que requiere optimizar recursos económicos y humanos.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Mistreatment;
Medical residency;
Abuse;
Depression

Perception of mistreatment during medical residency in Mexico: evaluation and bioethical analysis

Abstract

Introduction: Multiple interpersonal interactions are one of the many challenges faced by medical residents. Mistreatment towards residents has been shown to interfere with their training. However, there are few data about this phenomenon in Mexico.

Objective: To evaluate the perception of different types of mistreatment among medical residents and to make a bioethical analysis of the results.

Method: An electronic, 107-question survey was sent to medical residents of the Mexico State to assess their perception about psychological, physical, academic mistreatment, and sexual abuse. Attempts were also made to identify the person responsible for the mistreatment and its consequences. Analyses included descriptive statistics of mistreatment and its types, as well as sociodemographic data of participants. Logistic regression was used to assess risk factors for mistreatment.

Results: A total of 143 responses were obtained (8.2% response rate), with 84% of the residents reported having suffered mistreatment. The most frequent type was psychological (humiliation 78%), followed by academic (50% staying on call as a punishment and denial of education in 40%), and physical abuse (16% were beaten, 35% were deprived of food, and 21% were not allowed to go to the bathroom while being on call, as punishment). Also, 21% were pressured to consume alcohol against their will. Psychological and physical mistreatment were more frequent in surgical than medical specialties. As a result of mistreatment, 89% of residents reported burnout, 71% depression, 78% anxiety, and 58% sub-optimal patient care. The main perpetrators of the mistreatment were senior residents and attending physicians.

Conclusions: Abuse during residency is very frequent, and affects the human rights and dignity of residents. It also reduces the learning capacity and efficiency of specialty training, in a country with a high demand for health care that requires optimisation of economic and human resources.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El entrenamiento clínico de especialidad en México representa una etapa fundamental de la formación médica. Además de los retos académicos, existen otros de índole laboral y formación humana como: atención de los pacientes, carga y horarios de trabajo, tareas administrativas, contacto con el sufrimiento y la muerte y jerarquía hospitalaria.

Antes de 1980, no se habían reportado los abusos a los estudiantes, ya que los maltratos durante el entrenamiento médico eran considerados normales o necesarios para su formación. Posteriormente, los residentes empezaron a manifestar por diferentes medios, humillaciones,

rechazo y deshumanización, lo cual se asoció a apatía y depresión. En 1991, Baldwin estudió por primera vez la «percepción de maltrato» en diez escuelas de medicina de Estados Unidos¹, reportando una prevalencia del 96%, siendo las humillaciones las causas de maltrato más frecuentes. Otros estudios realizados en Estados Unidos, Canadá, Japón, Chile y Argentina mostraron resultados similares²⁻⁹. En México, se identificó que los maltratos están relacionados con las deserciones durante la residencia¹⁰. En Sonora, México¹¹ se reportó una prevalencia de 93% de violencia durante la residencia de pediatría, que en el 20% de los casos fue en niveles extremos. En 2014¹², Ortiz-León del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM publicó un estudio en donde los

principales maltratos fueron el demérito del trabajo, amenazas verbales, gritos y ridiculización. Un artículo de revisión de investigadores mexicanos¹³ que abarca estudios de Estados Unidos, Europa y América Latina, reportó que la prevalencia de maltratos en el internado y la residencia oscila entre 10 y 50% de los encuestados y concluye que es necesario identificarlo e implementar políticas para erradicar esas prácticas. En 2016¹⁴, Chávez, Ramos y Abreu hicieron una amplia revisión de la literatura incluyendo 118 artículos publicados a nivel internacional a lo largo de 36 años, aportando una conceptualización precisa de los maltratos, su direccionalidad, tipología, perpetrador, escenarios y consecuencias.

El presente estudio tuvo como objetivo medir la percepción de diferentes tipos de maltrato a través de una encuesta aplicada a residentes de especialidad y subespecialidad del Estado de México aportando un enfoque bioético al análisis de los resultados.

Método

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y observacional, que consistió en la aplicación de una encuesta anónima de 107 preguntas con respuestas en escala tipo Likert, de opción múltiple y dicotómica, la cual fue enviada por correo electrónico a través de una liga en la aplicación *google docs*, al universo poblacional de todos los residentes de todas las especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas de los programas avalados por la Universidad Autónoma del Estado de México en otoño de 2014. El envío fue realizado directamente por el Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias de la Salud de dicha Universidad a la base de datos de sus residentes, respetando en todo momento la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares¹⁵.

El instrumento fue diseñado por los investigadores en la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana con base en el análisis del marco referencial^{7,8,16,17}, entrevistas con residentes y consultas de expertos.

En la primera sección del instrumento se incluyeron datos sociodemográficos y de la residencia (edad, sexo, estado civil, hijos, dependientes económicos, religión, especialidad o subespecialidad, año de residencia, sistema hospitalario en el que se estaba realizando la residencia). En la segunda sección, se evaluó la percepción de diferentes tipos de maltratos: psicológicos, físicos, académicos, sexuales y discriminación. En la tercera sección, se midieron las consecuencias del maltrato, y en la cuarta y última sección, se evaluó quiénes fueron las personas que ejercieron los maltratos y si los residentes reportaron o no los maltratos sufridos y a quiénes.

Se utilizaron definiciones operativas para la categorización de las respuestas. La validación de contenidos y conceptos del instrumento se hizo a través de la participación de expertos en bioética y en educación médica así como de la aplicación de una prueba piloto, después de la cual se hicieron los cambios pertinentes para su aplicación en campo.

El análisis estadístico incluyó la descripción de frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas. Las variables continuas se describen mediante la media y

desviación estándar. Se estimó la asociación de variables independientes con la probabilidad de haber sufrido maltrato mediante análisis de regresión logística y estimando el riesgo (odds ratio) a través del exponencial de los coeficientes de regresión. Se consideró significativa una asociación con valor de $p < 0.05$. Todo el análisis se realizó mediante el empleo del programa S.P.S.S. v 22.0.

Consideraciones éticas: el protocolo fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética de la Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana. El estudio se clasificó con riesgo mínimo según la clasificación de riesgos de la investigación del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo 17. La participación de los residentes fue anónima y voluntaria y se incluyó al inicio de la encuesta, un párrafo indicando que los datos se usarían exclusivamente para fines de investigación.

Resultados

La encuesta se envió por correo electrónico al universo poblacional de 1,877 residentes durante un periodo de 3 meses de septiembre a noviembre de 2014. Se obtuvo respuesta completa de 143 médicos residentes (8.2%). En la **Tabla 1** se presentan las características de la población. La edad promedio fue de 28.9 años, 54% fueron mujeres, 66% solteros, 42% tenía uno o más dependientes económicos. El 56% estaba cursando una especialidad troncal, en su mayor parte en instituciones de salud o seguridad social estatales (45%) y de la Secretaría de Salud (33%), el 6% en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

En cuanto a la percepción global de maltrato, a la pregunta «¿Considera usted haber sido víctima de algún tipo de maltrato durante su residencia?», el 83.9% de los residentes contestó afirmativamente, 14% contestó «no» y el 2.1% «no sé».

El maltrato más frecuentemente reportado fue el psicológico, seguido por el académico y en menor medida el físico. El maltrato sexual y la discriminación fueron considerablemente menos frecuentes.

En la **Tabla 2** se presenta la frecuencia de los diferentes tipos de maltrato. Con respecto al maltrato psicológico, las humillaciones, la culpabilidad por errores de otros, la falta de respeto en el trabajo y los gritos fueron los más frecuentes. Con respecto al maltrato académico, la mitad de los residentes reportó haber recibido guardias de castigo durante la residencia, siendo también sanciones frecuentes la sobrecarga de trabajo y la negación del acceso a las actividades de enseñanza. Con respecto al maltrato físico, los residentes reportaron recibir golpes, ser privados de alimentación durante las guardias y no poder ir al baño como castigo, aunque la frecuencia de estos tipos de maltrato fue menor.

Adicionalmente, uno de cada 5 residentes reportó haber sido presionado a consumir alcohol en contra de su voluntad durante la residencia, 3 de cada 5 residentes fueron víctimas de robos en el hospital y uno de cada 3 residentes reportó la obligación de aportar cuotas o hacer pagos a personas del hospital para obtener beneficios durante la residencia.

En cuanto al maltrato de tipo sexual, 21.7% de los residentes reportó haber sido expuesto a lenguaje vulgar o de

Tabla 1 Características de la población de estudio (n = 143)

Variable	Categoría	Porcentaje (%)
<i>Sexo</i>	Masculino	46
	Femenino	54
<i>Edad</i>	Menores de 30 años	69
	Mayores de 30 años	31
<i>Estado civil</i>	Soltero	66
	Casado	22
	Unión libre	11
	Divorciado	1
<i>Número de hijos</i>	Ninguno	82
	Uno	14
	Dos	4
<i>Dependientes económicos</i>	Ninguno	58
	Uno	25
	Más de uno	17
<i>Año de residencia</i>	R1	27
	R2	20
	R3	28
	R4	12
	Subespecialidad	11
	Baja (al momento de la encuesta)	2
	<i>Especialidad</i>	
Ginecología y Obstetricia	20	
Medicina Interna	13	
Pediatría	14	
Cirugía General	11	
Otras especialidades	35	
Subespecialidades médicas	2	
Subespecialidades quirúrgicas	5	
<i>Sistema hospitalario</i>	IMSS	6
	Institución de Salud o Seguridad Social Estatal	45
	Secretaría de Salud	33
	Otro	16
<i>Religión</i>	Practica una religión	80
	No practica ninguna religión	20

contenido sexual y 16% haber sido acosados. A una de cada 5 mujeres se les solicitó una prueba de embarazo como condición para la obtención de su plaza de residencia y el 15% recibió amenazas de baja en caso de embarazarse. Entre los diferentes tipos de discriminación, la más frecuente fue la discriminación de género, seguida de la socioeconómica y la discriminación por enfermedad.

Tabla 2 Frecuencia de los diferentes tipos de maltrato

Tipo de maltrato	Frecuencia	
<i>Psicológico</i>	73.2%	
	Humillaciones	78.4%
	Culpabilidad por errores de otros	72.0%
	Faltas de respeto en el trabajo	70.8%
<i>Académico</i>	Gritos	71.4%
	50.2%	
<i>Físico</i>	Haber recibido guardias de castigo	49.7%
	Sobrecarga de trabajo como castigo	63.7%
	Negar el acceso a la enseñanza como castigo	37.1%
<i>Sexual</i>	30.1%	
	Haber recibido golpes	16.1%
	Privación de alimentación durante las guardias como castigo	35.0%
	Negar el acceso al baño durante las guardias como castigo	21.0%
	Privación de descanso y de sueño durante las guardias como castigo	52.5%
	Consumir alcohol en contra de su voluntad	21.0%
	Obligación de aportar cuotas o hacer pagos a personas del hospital para obtener beneficios en la residencia	35.0%
	18.9%	
	Acoso	16.0%
	Exposición a lenguaje vulgar o de contenido sexual	21.7%
<i>Discriminación hacia las mujeres</i>	17.0%	
	Prueba de embarazo como condición para la plaza de residencia	19.0%
	Amenazas de baja en caso de embarazarse	15.0%
<i>Discriminación</i>	9.7%	
	Socioeconómica	14.0%
	De género	18.8%
	Cultural y étnica	3.5%
	Religiosa	4.2%
	Por enfermedad	13.3%
	Por orientación sexual	4.2%

En la **Tabla 3** se presentan las consecuencias de los maltratos. Se identifican diferentes tipos de consecuencias: las consecuencias educativas que ponen en peligro la permanencia del residente en el programa, las que afectan su salud física, mental y emocional, las consecuencias psicosociales y las que interfieren con su labor asistencial. Un alto porcentaje de los residentes consideraron padecer o haber padecido *burnout*, depresión o ansiedad. Más de la mitad de los residentes admitió que la calidad de la atención a los pacientes se vio afectada negativamente por los maltratos recibidos.

En la **Figura 1** se presenta la frecuencia de los responsables de los maltratos. Los principales involucrados son los residentes de jerarquía superior y los médicos de base, seguidos por el jefe de servicio. Aproximadamente dos tercios de los residentes no reportaron los maltratos recibidos.

Tabla 3 Frecuencias de las consecuencias de los maltratos durante la residencia

	«A veces»	«Frecuente» o «muy frecuente»
<i>Consecuencias educativas</i>		
¿Ha pensado abandonar la residencia?	27%	40%
¿Ha pensado renunciar a su vocación de médico?	14%	20%
¿Ha pensado solicitar un cambio de sede de residencia o de especialidad?	21%	47%
<i>Consecuencias sobre la salud del residente</i>		
¿Ha presentado síntomas de depresión?	24%	48%
¿Ha presentado síntomas de ansiedad?	24%	54%
¿Ha tenido ideación suicida?	3%	5%
¿Ha padecido agotamiento (<i>burnout</i>)?	20%	63%
¿Ha llegado a consumir sustancias ilícitas?	5%	4%
¿Ha llegado a consumir alcohol en exceso?	13%	8%
<i>Consecuencias psicosociales</i>		
¿Ha notado un deterioro en sus relaciones familiares, personales o sociales?	22%	51%
¿Ha notado un incremento en su agresividad, enojo, frustración o sentimiento de injusticia?	22%	57%
¿Ha visto afectada su escala de valores?	13%	33%
<i>Consecuencias sobre labor asistencial</i>		
¿Ha sentido repercusiones negativas en la calidad de la atención que da a sus pacientes?	25%	33%

En cuanto a los factores asociados con los diferentes tipos de maltrato se encontró que las especialidades quirúrgicas se asociaron con una frecuencia significativamente mayor de maltratos psicológicos y físicos ($p < 0.05$) y una tendencia a un mayor maltrato global ($p = 0.09$). También hubo una tendencia a un mayor maltrato académico en hombres y en los que no practican una religión ($p < 0.08$).

Las especialidades quirúrgicas comparadas con las médicas constituyeron un factor de riesgo independiente, asociado con la probabilidad de maltrato de cualquier tipo (*odds ratio* = 2.9, IC95% 1.2-6.9, $p = 0.02$) en un modelo multivariado cuando se ajustó por religión (católica vs. otras), edad del residente (años), estado civil (casado vs. otro), tener dependientes económicos (sí vs. no), tener hijos (sí vs. no) y año de residencia.

Cuando se revisa la distribución por sexo en las especialidades y subespecialidades médicas y quirúrgicas, se

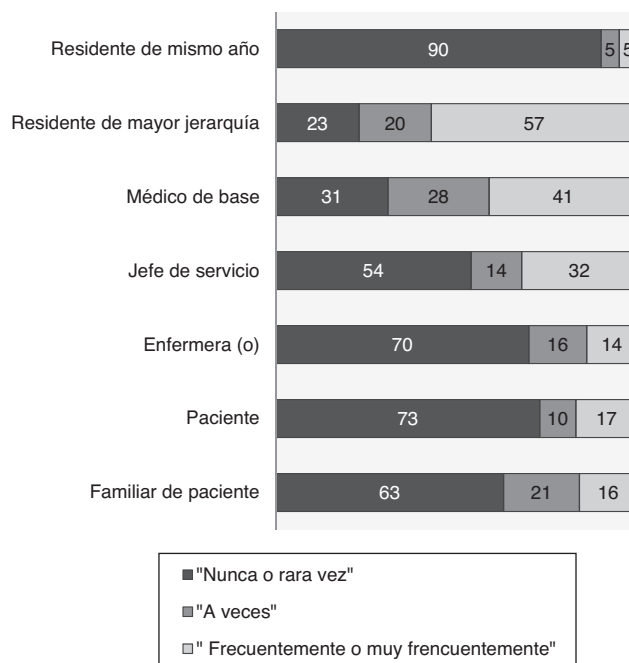


Figura 1 Frecuencia de responsables de los maltratos (%).

encuentra que el 61% de las mujeres encuestadas cursa una especialidad médica y el 56.3% de los hombres una quirúrgica. Si se mira el mismo dato desde otro enfoque, vemos que las especialidades médicas están integradas por una mayoría de mujeres (62.7%) mientras que las especialidades quirúrgicas por una mayoría de hombres (54.5%). Analizando el maltrato reportado por sexo, entre las mujeres, encontramos un reporte mayor de maltratos físicos en especialidades quirúrgicas que médicas con una $p = 0.024$ y una tendencia a mayores maltratos psicológicos con una $p = 0.069$ (prueba t de Student). Entre los hombres, no se encontraron diferencias significativas.

Adicionalmente se encontró en el estudio que el 65.7% de los residentes que han sufrido maltratos nunca los han reportado. En cuanto a los motivos por los que no lo hicieron, los principales fueron el miedo a ser etiquetados (79%), el miedo a empeorar las cosas (77%) y a ser castigados (75%). También se les preguntó con quiénes platican de los maltratos encontrando que lo hacen principalmente con otros residentes, amigos y familiares. Las instancias con las que menos hablan del problema de maltrato son las autoridades de la Secretaría de Salud y universitarias.

Discusión

Los resultados de nuestro estudio muestran lo siguiente: a) el 83.9% de los residentes que respondieron a esta encuesta recibió algún tipo de maltrato durante la residencia; b) el maltrato psicológico es el más frecuente, seguido del académico y en menor medida del físico; el maltrato sexual y la discriminación son considerablemente menos frecuentes; c) las consecuencias del maltrato incluyen padecer o haber padecido *burnout* (89%), depresión (71%) y ansiedad (78%), además de tener una influencia negativa en la calidad de la atención de los pacientes (58%); d) los principales responsables del maltrato son los residentes de jerarquía superior y

los médicos de base, seguidos por los jefes de servicio; e) las especialidades quirúrgicas se asociaron con una frecuencia significativamente mayor de maltratos psicológico y físico.

Al igual que lo reportado en la literatura^{6,8,9,16,18}, el maltrato psicológico es el más frecuente. En nuestro estudio, la humillación, la falta de respeto en el trabajo, la culpabilidad por errores de otros y los gritos fueron muy frecuentes durante la residencia.

Aunque poco descrito en la literatura, el maltrato académico es muy relevante por ser las residencias programas de enseñanza que involucran el trato directo con pacientes. La sobrecarga de trabajo, la cual es usada como castigo, afecta a más de dos tercios de los residentes. Es el caso de las guardias de castigo que consisten en imponer al residente guardias adicionales a las que están calendarizadas en el programa, representando un incremento considerable de la carga de trabajo, un cansancio y un desgaste que conllevan un mayor riesgo de cometer errores en la atención de los pacientes, estableciéndose así un círculo vicioso que es difícil de romper. Adicionalmente y en oposición a los objetivos educativos de la residencia, la negación del acceso a la enseñanza como castigo es frecuente (37%). Se presenta en forma de prohibición de acudir a sesiones académicas, de tener contacto con pacientes o de participar en procedimientos quirúrgicos.

El maltrato físico es menos frecuente que el psicológico, sin embargo, se identificaron dos rubros más altos. El primero referente a los robos dentro del hospital, el cual fue reportado por el 57.4% de los residentes, y el segundo referente a la obligación de aportar cuotas o hacer pagos a personas del hospital para obtener beneficios en la residencia (36%). Es importante notar que algunos castigos atentan contra necesidades básicas, como la privación de tener acceso a un baño, alimentarse o descansar como castigo (no por necesidades de atención a pacientes).

El maltrato sexual no tuvo una prevalencia tan elevada en comparación con los demás tipos de maltratos. Otros estudios²⁻⁴ han reportado una frecuencia mayor que oscila entre el 30% y el 72%. La solicitud de prueba de embarazo es claramente discriminatoria hacia las mujeres, así como las amenazas de baja de la residencia en caso de embarazo. Este tipo de maltratos es consistente con el reporte de discriminación de género que hacen el 18.8% de los residentes, representando la principal causa de discriminación.

En nuestro estudio, las consecuencias de los maltratos incluyeron una alta frecuencia de *burnout*, depresión y ansiedad. En este sentido es interesante el estudio de Silver y Glicker¹⁹ que reportaron una frecuencia de abusos de 46.4% entre estudiantes de medicina, de los cuales el 80% fueron por residentes de mayor jerarquía. Más importante aún es que el 50% de los estudiantes consideró que el impacto negativo del abuso duró más de un mes y el 16% que les seguía afectando durante la residencia al causarles estrés, distrayéndolos así de sus objetivos de aprendizaje y atención a los pacientes. No es de extrañar, por tanto, que en nuestro estudio el 58% de los residentes admitió que los maltratos tuvieron repercusiones negativas en la calidad de la atención de sus pacientes, a lo que se suma que el 21% reportó consumir alcohol en exceso y el 9% consumir drogas. Además de representar un riesgo significativo para la salud del residente, estas prácticas representan un peligro para los pacientes a su cargo.

En el presente estudio, los residentes de mayor jerarquía fueron más frecuentemente los responsables del maltrato, seguidos de los médicos de base y del jefe de servicio. Es muy probable que los residentes hayan recibido maltratos y que los continúen aplicando cuando son de mayor jerarquía, a modo de venganza o como si fuera algo normal o esperado en un programa de residencia, siendo las especialidades quirúrgicas las más afectadas por este fenómeno. Se puede encontrar una similitud con la transmisión de la violencia intrafamiliar de una generación a la otra, como repetición de patrones aprendidos y el paso de víctima a victimario. En relación al mayor maltrato físico y psicológico reportados en las especialidades quirúrgicas, se pueden emitir varias hipótesis como la mayor proporción de hombres en los programas quirúrgicos, la necesidad de tomar decisiones rápidas y bajo presión, de movilizar destrezas y habilidades prácticas complejas en un contexto adverso o la personalidad de los cirujanos que en un estudio de perfil psicológico de diferentes especialistas en Europa, mostró que los cirujanos tienen una mayor hostilidad que los demás especialistas²⁰.

Desde el punto de vista bioético, los residentes son una población cautiva y dependiente y por tanto representan un grupo vulnerable que debe ser protegido de abusos. La Norma Oficial Mexicana²¹ que regula las residencias médicas pretende protegerlos en su dignidad, al incluir el derecho a recibir enseñanza de calidad en un ambiente respetuoso y de tener acceso a necesidades básicas, como vestido, alimentación y descanso; adicionalmente prohíbe explícitamente las guardias de castigo en su artículo 8.6. A pesar de la existencia de esta Norma Oficial Mexicana, que es acorde con el respeto de los derechos humanos, es evidente que no se aplica adecuadamente. Los maltratos afectan la dignidad del residente ya que no es tratado como un fin en sí mismo, sino que se cosifica, se instrumentaliza y deshumaniza y no se procura su bien desde el punto de vista de su desarrollo académico, profesional y personal. Se violan sus derechos humanos elementales asentados en nuestra Constitución política.

Por otro lado, la carta de los derechos generales del médico emitida por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico²², ofrece un marco ético general y mínimo para garantizar el ejercicio profesional en condiciones de respeto y libertad. Está basada en el principio de autonomía y en la dignidad, tampoco se respeta en varios apartados, como el derecho a recibir un trato respetuoso y tener acceso a educación de calidad.

Las consecuencias negativas de los maltratos sobre los residentes tienen repercusiones también sobre los pacientes al exponerlos a atención deficiente y errores médicos. El dominio ético y el profesionalismo del médico representa una de las principales competencias que deben adquirir los estudiantes de medicina a lo largo de su formación como lo establece la AMFEM²³ e incluye el compromiso con el paciente, el compromiso con la sociedad y el humanismo, el compromiso con la profesión y con el equipo de salud, el compromiso consigo mismo, con la confianza y el manejo ético de los conflictos de intereses. Sin embargo, este objetivo fundamental de la formación médica no se está alcanzando, ya que los maltratos interfieren con cada uno de estos objetivos educativos.

La educación recibida en un ambiente de maltratos reduce la capacidad de aprendizaje²⁴ y la falta de eficiencia de la educación médica afecta la calidad de la atención de los pacientes a largo plazo debido a que los residentes ejercerán como especialistas durante toda su carrera profesional, sin haber podido llegar a su máximo potencial de aprendizaje, lo cual es importante en un país como el nuestro, que tiene una alta demanda de atención de salud y que por tanto requiere una optimización de los recursos económicos y humanos.

Una de las limitaciones del estudio fue la baja tasa de respuesta (8.2%), para la cual existen varias explicaciones: dificultades técnicas para completar la encuesta, falta de actualización de correos electrónicos de los residentes, falta de interés o tiempo para contestar una encuesta larga, presiones para no contestar o temor de contestar. Sin embargo, en esta modalidad de encuesta la literatura reporta tasas aún más bajas. Sheehan²⁵ reportó una tasa de respuesta del 3.2% para encuestas por correo electrónico que tienen 94 o más preguntas. Por otro lado, una encuesta amplia como la aplicada permite obtener información muy completa y valiosa sobre aspectos diversos de los maltratos. Los comentarios abiertos al final de la encuesta demostraron el gran interés de los residentes por conocer los resultados de la misma y el agradecimiento al saberse escuchados.

Tabla 4 Propuestas para reducir el maltrato durante la residencia

Hacer un diagnóstico situacional y establecer un sistema de vigilancia continuo

- Extenderlo a nivel nacional e incluir a los internos de pregrado

Desarrollar una política de prevención del maltrato desde la Secretaría de Salud para:

- Fomentar la confianza y el respeto entre estudiantes y profesores²⁶ (p. ej., formando a los residentes como profesores a través de las Universidades)
- Establecer espacios de enseñanza/aprendizaje adecuados y dignos con la finalidad de equilibrar la relación asistencia/enseñanza²⁷⁻²⁹
- Reforzar la formación en Bioética en los programas de residencia (incluyendo la participación de residentes en los Comités Hospitalarios de Bioética)³⁰

Identificar y atender a los residentes maltratados:

- Establecer un sistema de reporte seguro, eficiente y que respete las leyes de privacidad de datos.
- Desarrollar un sistema de arbitraje y conciliación que incluya el sancionar de manera justa al responsable del maltrato
- Establecer mecanismos de apoyo a los residentes (p. ej., de asistencia psicológica y de asesoría sobre cómo resolver problemas de maltrato)
- Involucrar a las universidades que acreditan los programas para que den seguimiento a sus residentes y trabajen conjuntamente con los hospitales en la búsqueda e implementación de soluciones
- Establecer un sistema de sanciones para los programas que no cumplan con las políticas de maltrato y/o que tengan una alta frecuencia del mismo

Dada la alta frecuencia de maltrato, se propone la creación de una comisión nacional que lleve a cabo un diagnóstico situacional más amplio y desarrolle una estrategia de prevención del maltrato y de atención eficiente de los residentes maltratados. En la [Tabla 4](#) se presentan medidas concretas para cada uno de los tres ejes de acción.

Conclusiones

El presente estudio encuentra una alta frecuencia de maltrato en programas de residencia, entre los residentes que contestaron la encuesta, siendo el más frecuente el psicológico, seguido del académico y el físico. Los principales responsables son los residentes de jerarquía superior. Las consecuencias sobre los residentes, como *burnout*, depresión y ansiedad, son importantes, pero más aún, el efecto negativo del maltrato sobre la calidad de la atención de los pacientes. Sugerimos desarrollar estrategias que incluyan un diagnóstico situacional y un sistema de vigilancia, así como medidas de prevención y atención del maltrato. La colaboración de los hospitales con las universidades que acreditan los programas de residencia puede ayudar a erradicar este problema.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Ninguna.

Autoría/colaboradores

SD fue la investigadora principal y estuvo involucrada en todos los aspectos del estudio, incluyendo la revisión bibliográfica, el diseño del estudio, el desarrollo del instrumento, la interpretación de los resultados y la preparación del manuscrito.

MLC contribuyó al desarrollo del diseño del estudio, del instrumento, de los aspectos éticos del estudio, de la interpretación de los resultados y de la preparación del manuscrito. También se encargó de la supervisión de todas las etapas del estudio y de la revisión crítica de la versión final del artículo.

GTO asesoró a la investigadora principal en el desarrollo del instrumento y en la redacción, revisión del artículo y en la elaboración del manuscrito.

AV y DC apoyaron en el diseño del instrumento, en el análisis estadístico e interpretación de los resultados y en la revisión del artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos muy especialmente a la Dra. Marcela González de Cossío sus consejos y su respaldo para la aplicación del instrumento en el Estado de México. También agradecemos a los directivos del Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México, del Departamento de enseñanza en Salud del Estado de México y de la Unidad de Enseñanza, Investigación y Calidad del Instituto de Salud del Estado de México.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.recesp.2010.04.001](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2010.04.001).

Referencias

1. Baldwin D, Daugherty S, Eckenfels E. Student perception of mistreatment and harassment during medical school. A survey in ten United States schools. *West J Med.* 1991;155:140–5.
2. Komarony M, Bindman A, Haben R, Sande M. Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med.* 1993;328:322–6.
3. McNamara R, Whitley T, Sanders A, Andrew L. The extent and effects of abuse and harassment on emergency medicine residents. *Acad. Emerg. Med.* 1995;4:293–301.
4. Li S, Grant K, Cowan E. Resident experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later. *J Emerg Med.* 2010;38:248–52.
5. Fried J, Vermillion M, Parker N, Uijtdehaage S. Eradicating medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med.* 2012;87:1191–8.
6. Cook D, Walter S. Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *CMAJ.* 1996;154:1657–65.
7. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Medical Education.* 2009;43:628–36.
8. Mejía R, Diego A, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina.* 2005;65:295–301.
9. Bastias 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.
10. Richardson-López Collada V. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2006;63. Editorial.
11. Herrera-Silva J, Treviño-Moore A, Acosta-Corona C. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant. Mex.* 2006;18–30.
12. Ortiz-León S, Jaimes-Medrano A, Tafoya-Ramos S, Mujica-Amaya M, Olmedo-Canchola V, Carrasco-Rojas J. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir.* 2014;82:290–301.
13. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K. Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Rev Invest Med Sur Mex.* 2014;21:172–6.
14. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreu-Hernández L. Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gac Med Mex.* 2016;152:796–811.
15. Cámara de Diputados Ley Federal de protección de datos personales en posesión de los particulares. México. 2010.
16. Crutcher RA, Szafran O, Woloschuk W, Chatur F, Hansen C. Family medicine graduates' perceptions of intimidation, harassment and discrimination during residency training. *BMC Medical Education.* 2011;11:88.
17. Morales-Carmona F, Sánchez Bravo C. La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: Recomendaciones para su manejo. *Perinatol Reprod Hum.* 2010;24:187–93.
18. Fnais N, Soobiah C, Chen M, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2014;89:817–27.
19. Silver H, Glickman A. Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA.* 1990;263:527–32.
20. Pappas P, Gouva M, Gourgoulis K, Hatzoglou C, Kotrotsiou E. Psychological profile of Greek doctors: Differences among five specialties. *Psychol Health Med.* 2016;21:439–47.
21. Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos. (04 de 01 de 2013). Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012. México, Distrito Federal, México: Art. 7, Fracción 7.1.1.
22. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Carta de los Derechos Generales de los Médicos. México. 2001.
23. Abreu-Hernández L, Cid-García A, Herrera-Correa G, Lara-Vélez J, Laviada-Delgado R, Rodríguez-Arroyo C, et al. Perfil por competencias del médico general mexicano 2008. México: Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A.C.; 2008.
24. Consejo, Chapela C, Viesca Treviño C. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Rev Med IMSS.* 2005;43:1–3. Editorial.
25. Sheehan K. E-mail Survey response rates: A Review. *JCMC.* 2001;6.
26. Cortés Barré M. La letra con sangre entra: el maltrato en la formación médica. *Universitas Medica.* 2010;51:43–8.
27. Gordon F, Hazlett C, Cate O, Mann K, Kilminster S, Prince K, et al. Strategic Planning in medical education: enhancing the learning environment for students in clinical settings. *Med Educ.* 2000;34:841–50.
28. Brooks N, Moriarty A. Development of a practice learning team in the clinical setting. *Nursing Standard.* 2006;20:41–4.
29. West R. Teaching in the clinical setting. *Psychiatry.* 2007;70:218–20.
30. CONBIOÉTICA. Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. Cuarta edición 2013. [consultado 15 Jul 2015]. Disponible: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/registrocomites/Guias.html>.