

UNIVERSIDAD PANAMERICANA



MAESTRÍA EN BIOÉTICA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA SEP RVOE 20100494

CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE BIOÉTICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

**“Percepción de Maltrato durante la residencia médica en
México: Análisis e implicaciones bioéticas”**

Tesis que para obtener el grado de

Maestra en Bioética

Sustenta

Stéphanie Jacqueline Suzanne Marie Derive

Bajo la dirección de la

Dra. María de la Luz Lina Casas Martínez

México D.F
Diciembre 2014

Índice

Resumen

Introducción

1. Capítulo I: Antecedentes

1.1. Antecedentes en Estados Unidos y Canadá

1.2. Antecedentes en Japón

1.3. Antecedentes en América latina

1.4. Antecedentes en México

2. Capítulo II: Metodología

2.1 Justificación

2.2 Objetivos

2.3 Hipótesis

2.4 Diseño del estudio y del instrumento

2.4.1 Diseño del estudio

2.4.2 Diseño del instrumento

2.4.3 Estudio piloto

2.4.4. Validación del instrumento

2.5. Análisis estadístico

2.6. Aspectos éticos de la investigación

2.7. Aplicación del instrumento

3. Capítulo III: Resultados

- 3.1 Datos generales de la población de estudio
- 3.2 Percepción global de maltrato
- 3.3 Análisis descriptivo de frecuencias de los diferentes tipos de maltratos
 - 3.3.1 Maltrato psicológico
 - 3.3.2 Maltrato físico
 - 3.3.3 Maltrato académico
 - 3.3.4 Maltrato sexual
 - 3.3.5 Discriminación
 - 3.3.6 Consumo de alcohol y drogas
- 3.4 Descripción de frecuencias de las consecuencias de los maltratos
- 3.5 Descripción de las frecuencias de los responsables de los maltratos
- 3.6 Descripción de las frecuencias de los reportes
- 3.7 Análisis comparativo
 - 3.7.1 Comparación de los diferentes tipos de maltrato
 - 3.7.2 Comparación de las variables

4. Capítulo IV: Análisis y discusión

- 4.1 Análisis
- 4.2 Discusión

5. Conclusiones

Bibliografía

Apéndices

Prefacio

Esta tesis fue motivada por un profundo amor por la medicina, empatía hacia los pacientes, respeto y admiración por mis maestros, colegas y estudiantes.

Agradecimientos

Dr. Obrador por su orientación y comprensión

Dr. Antonio Villa y Dra. Daniela Contreras por el apoyo en el análisis estadístico

Dra. Casas por haber sido un gran ejemplo como bioeticista, médico, madre, esposa y persona comprometida con la defensa de la verdad

Dedicatoria

A mis padres que me han apoyado en las decisiones más importantes de mi vida

A mi esposo René y a mis hijas Lorraine, Nicole y Juliette

Resumen

El maltrato de alumnos en residencias médicas ha constituido en breve tiempo y de forma mundial un foco de atención sobre la discriminación, bullying y mobbing ejercido sobre este grupo vulnerable. En México contamos con pocos datos representativos de este problema. El objetivo del presente trabajo es evidenciar la forma y frecuencia de presentación del maltrato en los residentes de especialidades troncales y subespecialidades del Estado de México, mediante una encuesta validada por expertos en base a la bibliografía internacional de referencia y aplicada a piloto. La encuesta se aplicó en línea, a través de la Secretaría de Salud Estatal y de la Universidad Autónoma del Estado de México, con respuestas voluntarias y anónimas. Se obtuvieron datos demográficos generales de interés para la investigación, datos de percepción de maltrato psicológico, físico, académico y sexual, discriminación, consumo de alcohol y sustancias ilícitas. Se categorizan los responsables de los maltratos, así como las consecuencias de haberlos sufrido y si se presentaron reportes de los mismos a las autoridades competentes. Entre los resultados más significativos se encontraron: de las 143 respuestas obtenidas, el 54% de los residentes que contestaron la encuesta fueron mujeres, la edad promedio fue de 27.6 años, la mayoría de ellos eran solteros (66.4%) y 42% tenía por lo menos un dependiente económico. Más del 85% estaba cursando una especialidad troncal y la más frecuente fue ginecología y obstetricia (20%). El 45% de los encuestados se encontraba realizando su residencia en una institución de salud estatal. El 83.9% de los residentes refirieron haber sido víctima de algún tipo de

maltrato durante la residencia. 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 mucho menos frecuentes. Entre el maltrato psicológico, los puntajes más elevados fueron las humillaciones (78.3%), la responsabilización por errores de otros (72%), la falta de respeto por el trabajo (70%). En cuanto al maltrato académico, el 50% de los residentes reporta haber recibido guardias de castigo, 64% recibe sobrecarga de trabajo como castigo y cerca de 40% se ve negado el acceso a enseñanza como castigo. En el maltrato físico, 16% reciben golpes, 35% se ve privado de alimentación durante sus guardias como castigo y 21% son privados de poder ir al baño como castigo. La privación de descanso y sueño durante las guardias es común para 53% de los residentes. Al 19% de las mujeres se les ha solicitado una prueba de embarazo para condicionar la obtención de su plaza de residencia y el 15% de las mujeres ha recibido amenazas de baja en caso de embarazarse. El 21% de los residentes ha sido presionado a consumir alcohol en contra de su voluntad durante la residencia y el 3% lo ha sido para consumir drogas. Entre las consecuencias de los maltratos, destaca que el 89% de los residentes consideran padecer o haber padecido burnout, 71% depresión, 78% ansiedad y 58% admite que la calidad de la atención a los pacientes está afectada negativamente por los maltratos que reciben. Los responsables de los maltratos son principalmente los residentes de jerarquía superior y los médicos de base.

Los maltratos durante la residencia en el Estado de México son muy frecuentes y los resultados obtenidos son similares a los que se encuentran reportados en la literatura. Desde el punto de vista bioético se pueden identificar diferentes temas de interés, el primero relacionado con los derechos humanos asentados en nuestra Constitución

Política y de los cuales deberían gozar los residentes, como toda persona. Claramente, los maltratos afectan la dignidad que no se ve custodiada durante su formación. La Norma Oficial Mexicana que regula las residencias médicas pretende proteger esa dignidad incluyendo entre otros, el derecho a recibir enseñanza de calidad en un ambiente respetuoso, tener acceso a condiciones básicas de vida (vestimenta, alimentación, descanso); también prohíbe las guardias de castigo, las cuales siguen siendo frecuentes. A pesar de existir una norma acorde con el respeto de los derechos humanos, no se aplica adecuadamente. Por otro lado, la carta de los derechos generales del médico, basada en los principios de autonomía y en la dignidad, tampoco se respeta en varios apartados como el recibir un trato respetuoso y tener acceso a educación de calidad. La educación recibida en un ambiente de maltratos, no es apropiada; la capacidad de aprendizaje se ve afectada y por lo tanto, surge otro problema bioético relacionado con el principio de justicia hacia la población mexicana ya que la falta de eficiencia de la educación médica afecta la calidad de la atención de los pacientes, en un país con alta demanda de atención de salud que requiere una optimización de recursos económicos y humanos.

Las propuestas que emanan de este trabajo son las siguientes:

- 1. Extender el diagnóstico de los maltratos a nivel nacional y a internos de pregrado. Este diagnóstico permitirá ajustar los puntos 2 y 3 a la realidad.*
- 2. Elaborar una política de prevención de los maltratos desde la Secretaría de Salud para romper con el círculo vicioso del maltrato. Deberá considerar fomentar la confianza y el respeto entre estudiantes y profesores, establecer espacios de enseñanza y aprendizaje adecuados y dignos; incluir formación en bioética en los programas de residencias.*

3. *Atender los residentes maltratados estableciendo un sistema de reporte seguro, eficiente y que tenga capacidad de sancionar de manera justa a los responsables de los maltratos.*

Introducción

El entrenamiento clínico de especialidad en México representa una etapa fundamental de la formación médica. Además de los retos de aprendizajes de competencias específicas, se pueden identificar otros retos asociados a la gran carga de trabajo, a los horarios de trabajo muy amplios, a las tareas administrativas, las tensiones propias del contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes, la jerarquía hospitalaria y el cumplimiento de tareas asistenciales además de las académicas.

Para entender la situación actual de las residencias, es importante conocer algunos antecedentes históricos del nacimiento de los programas de especialidad así como el marco legal actual de las residencias. A nivel mundial, la residencia fue creada en 1889 por el cirujano William Stewart Halsted en el hospital Johns Hopkins de Baltimore en Estados Unidos. Este nuevo modelo educativo integraba las siguientes premisas: dedicación exclusiva, formación en servicio, enseñanza programada y delegación progresiva de las responsabilidades. Debido a la permanencia de los estudiantes en las instalaciones del hospital, recibió el nombre de “residencia”. En 1910, el informe Flexner avaló las residencias como modelo de formación de posgrado del hospital Johns Hopkins (Beck, 2004), lo cual consolidó esta forma de especialización que con el tiempo, se implementó en diferentes países, hasta volverse el modelo principal de formación en especialidades médicas en todo el mundo.

Las residencias hospitalarias en México, fueron creadas en 1941 por el Dr. Aquilino Villanueva Arreola (Rivera Reyes, 2007), en ese entonces Director del Hospital General de México, con el apoyo del Dr. Gustavo Baz Prada para estructurar la enseñanza de las especialidades médicas que hasta ahora se habían llevado de manera tutorial al seguir a un maestro especialista por el tiempo necesario para adquirir las habilidades requeridas. Posteriormente, al aumentar el número de médicos interesados en especializarse y tener una disponibilidad de plazas hospitalarias para enseñanza limitado, se establecieron en 1975 varios convenios entre hospitales, instituciones educativas y la secretaria de salud para definir un medio de selección de los candidatos al ingreso a la especialidad y fruto de ese esfuerzo, en 1977, se llevó a cabo el Primer Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas, el cuál permanece hasta la fecha y se conoce como ENARM. La aprobación de dicho examen sigue siendo un requisito indispensable para el ingreso a cualquier especialidad médica en México como lo menciona la Norma Oficial Mexicana sobre Residencias Médicas vigente (Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2013).

La Ley General de Salud en el capítulo III (Presidencia de la República, Estados Unidos Mexicanos, 1984) establece que la formación, capacitación y actualización de los Recursos Humanos para la Salud se hará por la Secretaria de Salud en coordinación con las Instituciones Educativas.

Por otro lado, la Ley Federal del Trabajo (Presidencia de la República, Estados Unidos Mexicanos, 1970) define al médico residente en el capítulo XVI, artículo 353-A I. como el profesional de la medicina con título legalmente expedido y registrado ante las autoridades competentes, que ingrese a una Unidad Médica Receptora de Residentes,

para cumplir con una residencia. En el inciso III del mismo artículo se define a la residencia como el conjunto de actividades que deba cumplir un Médico Residente en periodo de adiestramiento; para realizar estudios y prácticas de postgrado, respecto de la disciplina de la salud a que pretenda dedicarse, dentro de una Unidad Médica Receptora de Residentes, durante el tiempo y conforme a los requisitos que señalen las disposiciones académicas respectivas. Ambas definiciones están acordes con las que aparecen en la NOM-001-SSA1-2012 (2012) en sus artículos 4, fracción 4.4 y 4.9.

Las actividades de los residentes se rigen por la Ley Federal del Trabajo, la Ley General de Salud, la Norma Oficial Mexicana sobre las Residencias Médica y los reglamentos específicos de las Unidades Receptoras de Residentes y de las Instituciones Educativas, que otorgan los grados académicos de los posgrados obtenidos.

Estas actividades se pueden dividir en académicas (teóricas, prácticas y clínicas en el marco de su aprendizaje) y asistenciales (atención a los pacientes y familiares, incluyendo algunas responsabilidades administrativas). Los residentes son parte fundamental de la atención de salud de los pacientes en las instituciones hospitalarias en las que laboran. Generalmente, son el primer contacto con los mismos al momento del ingreso a los diferentes servicios, tienen trato directo con los familiares, son parte del proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes y están en muy estrecho contacto con los demás residentes, los médicos responsables de los servicios, la jefatura de enseñanza y todos los demás integrantes del sistema de atención de salud. Debido a que se encuentran en formación deben recibir una debida supervisión y orientación en su práctica asistencial, para el beneficio de los pacientes y de la

Institución. Por otro lado, la Institución de educación superior que da reconocimiento académico del Programa de residencia, debe colaborar con la Unidad receptora de residentes para asegurarse del cumplimiento de los objetivos de enseñanza (Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2013). Los residentes tienen obligaciones y derechos específicos plasmados en la NOM sobre Residencias Médicas vigente, la NOM-001-SSA3-2012 que entró en vigor en Abril 2013, la cual es de observancia obligatoria y se complementa con los reglamentos específicos de enseñanza de los hospitales. Entre las obligaciones de los residentes, se encuentran la asistencia a pacientes, el aprendizaje, el uso de uniforme, el cumplimiento de las órdenes de sus superiores, el cumplimiento del código de ética, el respeto de los roles de guardia y el cumplimiento de las normas oficiales vigentes en materia de vigilancia epidemiológica y de expediente clínico. En cuanto a sus derechos, cabe mencionar que se incluyen, entre otros, el derecho a recibir enseñanza de calidad, remuneración y prestaciones, ser tratado de manera respetuosa, tener acceso a condiciones básicas de vida (vestimenta, alimentación, descanso, atención de salud) y asesoría jurídica.

En el ámbito médico, la residencia es conocida como una etapa fundamental pero difícil del entrenamiento médico. A la complejidad del contenido teórico y práctico del aprendizaje, se suma la complejidad de la atención hospitalaria en la que se incluyen largas horas de trabajo, poco descanso, sin horarios fijos, contacto permanente con el sufrimiento humano, alta competitividad. La competitividad no se limita al examen nacional de residencias donde la tasa de éxito es apenas del 26% (en promedio en los últimos años: 25,000 sustentantes por 6,500 plazas), sigue a lo largo de toda la residencia y durante el ejercicio profesional.

1. Capítulo I: Antecedentes

1.1. Antecedentes en Estados Unidos y Canadá

Antes de 1980, los maltratos durante el entrenamiento médico eran considerados normales y hasta cierto punto necesarios para la preparación. (Baldwin, Daugherty, & Eckenfels, 1991). Formaban parte de las pruebas que los futuros médicos debían sobrellevar para demostrar que eran capaces de resistir a las fuertes presiones a las que se verían sometidos en el ejercicio de su profesión. En esa década, iniciaron algunos estudios sobre el manejo del estrés durante el entrenamiento médico y factores individuales de vulnerabilidad para padecer depresión y ansiedad. La intención principal de esos estudios era detectar a los estudiantes que no tenían el perfil adecuado para orientarlos hacia otras carreras. Al mismo tiempo llamaron la atención las tasas de suicidios entre los residentes y aparecieron los primeros reportes sobre el tema. Durante la década de los 80s, se empezaron a recabar testimonios de residentes que referían humillaciones, rechazo y deshumanización. Se comprobó que existe una relación de estos tratos con la apatía y la depresión que mostraban los residentes. En los 90s, en Estados Unidos y Canadá inició el estudio del maltrato en la residencia. En 1991, Baldwin estudió por primera vez la “percepción de maltrato” en 10 escuelas de Estados Unidos, reportando una prevalencia de más del 96%, siendo las humillaciones el tipo más frecuente de maltrato (encontrado en 87% de los casos). En este estudio, se señala que el acoso sexual afecta a 55% de

los residentes con predominancia en las mujeres. En 1993, Komarony publicó en el NEJM un estudio realizado en 133 residentes de la Universidad de California en San Francisco, sobre acoso sexual durante la residencia (Komarony, Bindman, Haben, & Sande, 1993) y en el que encuentra una prevalencia del 73% entre las mujeres y 22% entre los hombres. Komarony mencionó interferencias de este fenómeno con la calidad del trabajo de los residentes, creando ambientes de estudio y trabajo hostiles. En 1995, McNamara (McNamara, Whitley, Sanders, & Andrew, 1995) estudió los maltratos y abusos en residentes de servicios de urgencias en Estados Unidos con una encuesta aplicada a través del American Board of Emergency Medicine. Encontró una prevalencia global del 98%, entre las cuales el 63% de las mujeres reportaron acoso sexual y 51% de los residentes no caucásicos mencionaron discriminación por motivos de raza. En 2010, Li (Li, Grant, & Cowan, 2010) publicó en el Journal of Emergency Medicine un estudio de seguimiento a 10 años al de McNamara, después de la implementación de medidas de prevención del maltrato en servicios de urgencia. No encontraron mejoras estadísticamente significativas en estos indicadores.

De manera similar, David Geffen de la Escuela de Medicina de UCLA (Fried, Vermillion, Parker, & Uijtdehaage, 2012), realizó un diagnóstico de maltratos en cerca de 2,000 residentes de manera anual entre 1996 y 2008. A pesar de haber implementado varias medidas para tratar de reducir los maltratos como un sistema de reporte seguro, espacios y tiempos de discusión y resolución de conflictos y cursos de educación para profesores y estudiantes, después de 13 años, no se presentaron mejoras significativas en los indicadores de maltratos.

La conclusión de su estudio fue que la eliminación de los maltratos requiere de un acercamiento más agresivo a nivel institucional y nacional.

En 1996, en Canadá, Cook (Cook & Walter, 1996) hizo un trabajo sobre los abusos, la discriminación y el acoso sexual en la Universidad de McMaster, en Ontario y reportó una prevalencia del 50% de abuso psicológico entre los residentes, 14% de acoso sexual entre las mujeres y 40% de discriminación de género. También en Canadá, en 2011, Crutcher (Crutcher & et al., 2011) publicó en el BMC Medical Education, un trabajo sobre la percepción de intimidación, acoso y discriminación en residencia de medicina familiar encontrando una prevalencia mayor a 94%. En otras partes del mundo, de igual manera, se ha estudiado el fenómeno de maltrato en residencias.

Un meta-análisis reciente realizado por el Dr. Fnais en colaboración con varios investigadores del Hospital St. Michael de Toronto Canadá (Fnais, et al., 2014), incluyó 51 publicaciones relacionadas con maltratos y discriminación durante en entrenamiento médico encontró que el 59.4% de los residentes han experimentado por lo menos una forma de maltratos o discriminación, siendo el maltrato verbal el más común (63%) y siendo otros médicos los principales maltratadores, seguidos por los pacientes o los familiares de pacientes.

1. 2 Antecedentes en Japón

En 2009, en Japón, Nagata Kobayashi (Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu, & Shimbo, 2009) estudió el maltrato y acoso en residentes de 37 hospitales. Reportó prevalencias muy similares a las encontradas en Estados Unidos y Canadá, siendo mayores en especialidades quirúrgicas, seguido por medicina interna y

urgencias. Describe en este estudio, lo que reporta como un patrón cultural de abuso ausente en la literatura occidental: la obligación de consumo de alcohol, la cual involucra al 52% de los residentes encuestados. El Dr. Kobayashi llama la atención en su discusión sobre la necesidad urgente de implementar programas de prevención eficientes.

1.3. Antecedentes en América latina

En Argentina, Raúl Mejía (Mejía, Diego, & Lasala, 2005) de la Universidad de Buenos Aires publicó en 2005 el trabajo: “Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes” en el que encontró una prevalencia del 89%, siendo el maltrato verbal el más frecuente (64%) seguido por las humillaciones públicas (58%), los golpes (15%), las amenazas de perjuicios físicos (13%) y discriminación racial o religiosa (10%). En Chile, en 2011, Bastías (Bastias, Fasce, Ortiz, Pérez, & Schaufele, 2011) estudió “Bullying y acoso en residencia”, reportando una prevalencia del 71% de actitudes de intimidación y 8.8% de bullying. Los principales responsables de los maltratos que identificó este estudio fueron los médicos no docentes.

También en 2011, en Uruguay, los investigadores Stolovas y Tomasina estudiaron la percepción de violencia en 446 residentes de diferentes especialidades, (Stolovas, Tomasina, Pucci, Frantchez, & Pintos, 2011), mediante un estudio descriptivo. Obtuvieron resultados de 69% de prevalencia de violencia percibida, donde la más frecuente fue la violencia psicológica (89%), seguida de la violencia por privación (52%) y la violencia física se presentó en 7% de los residentes.

1.4 Antecedentes en México

En México, Richardson (Richardson-López Collada, Y a nuestros residentes ¿quién los cuida?) publicó en 2006 una editorial en la revista del Hospital Infantil de México, en la que menciona que el 29% de los residentes de 1er año de pediatría de su institución desertaron en los primeros 4 meses. Las principales causas de deserción reportadas fueron personales, las cuales incluyen depresión y agotamiento. Los autores encontraron como factores determinantes de estrés laboral factores físicos (jornadas largas de trabajo, tiempo inadecuado de descanso, falta de sueño), factores ambientales (falta de cordialidad, falta de respeto o reconocimiento, maltrato emocional, humillaciones públicas), factores organizacionales (instalaciones inadecuadas, carencia de material y equipo, baja remuneración), factores personales (edad, sexo, historia familiar, experiencias personal). Al concluir el estudio, la Dra. Richardson llama a los responsables de residencias a reducir el maltrato a los residentes.

Otro estudio relevante es el de Herrera (Herrera-Silva, Treviño-Moore, & Acosta-Corona, 2006) que mide indicadores de violencia en dos residencias de pediatría, encontrando prevalencia de 93% de violencia, de los cuales 20% fue en niveles máxima a extrema. Los autores consideran que estos patrones afectan al desarrollo de los cursos de especialización.

En ese mismo año, Sepúlveda-Vildosola (Sepúlveda-Vildosola, Flores-Pulido, López-Fuentes, & López-Aguilar, 2006) publicó en la Revista del IMSS que el 3.1% de los

residentes de pediatría están insatisfechos con su práctica, identificando entre otros factores para explicarlo, el sistema jerárquico y los abusos. Varios estudios se interesan al síndrome de burnout, el cual se ha relacionado con el maltrato, como los de Pereda-Torales (Pereda-Torales & Márquez Celedonio, 2009) y de Ramírez A. (Ramírez & Medeiro, 2012).

En 2014, Ortiz-León (Ortiz-León, Jaimes-Medrano, Tafoya-Ramos, Mujica-Amaya, Olmedo-Canchola, & Carrasco-Rojas, 2014) del departamento de psiquiatría y salud mental de la facultad de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, publicó un estudio longitudinal realizado en 260 residentes de las especialidades troncales de tres hospitales generales de la ciudad de México con dos encuestas realizadas con 6 meses de intervalo, que midieron maltratos y hostigamiento. No encontraron diferencias entre las dos aplicaciones, tampoco entre hombres y mujeres, sin embargo identificaron mayor frecuencia de todos los indicadores de acoso en la especialidad de ginecología y obstetricia. Los principales maltratos que reportaron fueron el demérito del trabajo, amenazas verbales, gritos y ridiculización.

El interés que se ha mostrado en el tema en México en los últimos meses se ve reflejado también en el estudio de Raúl Carrillo Esper y Karla Gómez Hernández (Carrillo-Esper & Gómez-Hernández, 2014) quienes publicaron a finales del 2014 un artículo de revisión sobre bullying en pre y posgrado en la formación médica. Encontraron que la prevalencia de maltratos en el internado y la residencia oscilan entre 10 y 50% de los encuestados y concluyen en la necesidad de identificarlo e implementar políticas para erradicar esas prácticas.

2. Capítulo II: Metodología

2.1 Justificación

El entrenamiento clínico de especialidad en México representa una etapa fundamental de la formación médica. Además de los retos de aprendizajes de competencias específicas, se pueden identificar otros retos asociados a la gran carga de trabajo, a los horarios de trabajo muy amplios, las tensiones propias del contacto con el sufrimiento y la muerte de los pacientes, la jerarquía hospitalaria y el cumplimiento de tareas asistenciales además de las académicas. En la población de residentes en todo el mundo, se ha reportado en los últimos años, muchos problemas asociados a estos retos. Entre ellos, se incluyen: la deserción de los programas, las solicitudes de cambios de especialidad o sede hospitalaria, el incremento en las prevalencias de síndrome de burnout (síndrome de agotamiento), de bullying (definido por la Asociación Británica de Medicina como “el comportamiento persistente hacia un individuo que consiste en ser intimidante, degradante, ofensivo y malicioso y que deteriora la confianza y autoestima del receptor”), de mobbing (acoso e intimidación laboral), de depresión y ansiedad, así como de abuso de sustancias. Según datos de la Secretaría de Salud, presentados en febrero 2013 por la Dra. Marcela González de Cossío Ortiz, entonces Directora de Educación en Salud de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, de la Secretaría de Salud Federal de México (González de Cossio Ortiz, Febrero 2013), los problemas psicológicos o

psiquiátricos representan la primera causa de discapacidad entre los residentes en México, seguido por obesidad o bajo peso y de adicciones, tendencia que se encuentra en el mismo orden en pregrado y entre los médicos que ejercen la profesión. La Secretaría de Salud expresó una preocupación por estos datos y tiene la firme intención de actuar ya que la inversión en la formación del médico es un bien social, de eso depende la seguridad de los pacientes que es un tema de salubridad general.

La falta de adecuación del modelo educativo de postgrado de medicina a las necesidades de atención de salud de las poblaciones es otra consecuencia evidente del sistema actual de residencias. (Silberman, 2013) Se requieren nuevos enfoques, nuevas políticas para dar mejores servicios de salud y mejor desarrollo para el país.

Este trabajo está enfocado a medir el fenómeno del maltrato en la residencia para poder realizar un análisis bioético de los mismos y proponer medidas que aporten soluciones al problema.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general: Medir la frecuencia de la percepción de diferentes tipos de maltrato entre los residentes de todos los años de especialidades troncales y subespecialidades del Estado de México.

2.2.2 Objetivos particulares:

1. Describir las frecuencias de los diferentes tipos de maltrato percibido por los residentes.
2. Analizar si existe diferencias estadísticas en el frecuencia y el tipo de maltratos percibidos por género, por tipo de especialidad, por sistema hospitalario, por año de residencia, por estado civil, por edad, por religión y por tener dependientes económicos.
3. Analizar críticamente los resultados bajo el enfoque de la bioética.

2.3 Hipótesis

1. En el Estado de México, existe una frecuencia parecida a la reportada a nivel internacional, de maltratos percibidos durante la residencia médica.
2. En el Estado de México, existen diferencias en las frecuencias y tipos de maltratos en función del género, del año de residencia, del tipo de especialidad o del sistema hospitalario, por año de residencia, por estado civil, por edad, por religión y por tener dependientes económicos.
3. En el Estado de México, existen problemas éticos relacionados al maltrato durante la residencia médica.

2. 4 Diseño del estudio y del instrumento

2.4.1 Diseño del estudio

El estudio consiste en la aplicación de una encuesta por vía electrónica a los residentes del Estado de México. Este estudio es un original con investigación de tipo observacional, descriptivo y transversal. Consiste en la aplicación de una

encuesta electrónica autoaplicativa enviada por correo electrónico a residentes en hospitales de la jurisdicción de la Secretaría de Salud del Estado de México. El instrumento fue diseñado por los investigadores en la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana en la aplicación de google docs.

Para el cálculo de la muestra, se consideró como universo de estudio es el total de los médicos que están inscritos a una especialidad o subespecialidad médica en el Estado de México, incluyendo todos los años de residencia.

La coordinación del Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México, quien está dando el reconocimiento universitario de los programas de residencia del Estado, proporcionó el tamaño de la población, el cual es de 1877 residentes. Si consideramos $n=1877$, una precisión del 3%, un intervalo de confianza de 95%, una proporción estimada de 50% y el efecto de diseño de 1.5, el tamaño de muestra es de 1005 encuestas contestadas. (cálculo realizado a través del programa Epidat 4.0).

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Alumnos que cursen las residencias médicas de especialidad y subespecialidad en el Estado de México. Se incluyen alumnos dados de baja durante su residencia, alumnos nacionales y extranjeros. Los criterios de exclusión fueron: residentes de otros estados o que no acepten llenar el cuestionario.

Para la aplicación del instrumento, la coordinación del Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Estado de México envió la encuesta electrónica directamente de la base de datos

de los residentes. Los investigadores sólo tuvieron acceso a los resultados. Las respuestas fueron voluntarias, anónimas y confidenciales.

Para mantener la confidencialidad de los resultados de cada residente y fomentar el llenado sincero de la encuesta, se programaron los parámetros de la aplicación en la que se elaboró la encuesta, de tal manera que no exista registro de la dirección de correo electrónico ni de la IP de la que se envió. Además, ninguna pregunta estaba dirigida a identificar al residente. Los datos recabados en google docs se mantuvieron en línea con acceso restringido por nombre de usuario y clave de acceso, exclusivo para los investigadores, hasta el cierre de las encuestas. Posteriormente, se descargó la información a un formato de excel y se eliminará la base de datos en línea al cierre de la investigación. El archivo de Excel se conservó en la computadora de los investigadores, con acceso restringido, el tiempo necesario para concluir la investigación y sus productos. En ningún momento, se tendrá acceso a información que pueda permitir identificar a los participantes al estudio. Los investigadores conservarán los datos de respuesta por cinco años y se comprometen a uso exclusivo para fines científicos y académicos.

Para fines de este estudio, se considerarán varios tipos de maltrato, tomando una definición amplia de la palabra e incluyendo maltratos de tipo psicológicos o emocionales, físicos, mixtos o enfocados a cierta área del desarrollo (como el académico) y de la persona (como el sexual). También se considera a la discriminación como un tipo de maltrato. Las definiciones operativas de las variables son las siguientes:

- **Maltrato:** Etimología: tratar mal a una persona, de palabra u obra. El

maltrato es una forma de actuar que supone algún tipo de agresión o violencia, produciendo un perjuicio a quien lo recibe.

- **Maltrato psicológico:** Patrón de conductas psicológicamente destructivas y que se define como actos y omisiones que amenazan el desarrollo o la identidad de una persona y que puede tomar las siguientes formas: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar o corromper. (Garbarino et al. 1986 citado por Enrique Gracia Fuster, Universidad de Valencia, España). Comportamiento que hace que otra persona se sienta herida, ofendida, menospreciada, discriminada, incompetente y hostigada (Cook & Walter, 1996). (Reyes Riveros, 2012)
- **Maltrato físico:** Maltrato que implica algún tipo de violencia física o material.
- **Maltrato académico:** Maltrato que implica interferencias directas con las actividades de aprendizaje.
- **Maltrato de tipo sexual:** Maltrato que se enfoca al ámbito sexual. Propuestas sexuales no deseadas, demandas de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas con contenido sexual que alteran o ponen en peligro cualquiera de los elementos que integran la relación laboral. (Riger, 1991)
- **Discriminación:** Práctica habitual que consiste en dar un trato desfavorable, de inferioridad o en despreciar a una persona o un grupo de personas por alguna o varias de sus características.
- **Discriminación en contra de las mujeres:** Discriminación hacía las

mujeres por el hecho de ser mujeres.

2.4.2 Diseño del instrumento

El instrumento se elaboró mediante la consulta y análisis de la siguiente bibliografía: (Mejía, Diego, & Lasala, 2005), (Morales-Carmona & Sánchez Bravo, 2010), (Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu, & Shimbo, 2009) y (Crutcher & et al., 2011). Se incluyeron preguntas generales para conocer a la población estudiada, las cuales incluyen: el sexo, la edad, el estado civil, el número de hijos, el número de dependientes económicos, el año de residencia en el que se encuentra, la entidad federativa en la que está haciendo la residencia, la especialidad o subespecialidad en curso, el sistema hospitalario en el que está realizando la residencia y la religión. Estas preguntas generales se presentaron bajo diferentes modalidades: opción múltiple, selección de una opción en una lista y registro de fecha. Posteriormente, se plantean preguntas sobre maltratos, formuladas en tercera persona y dirigidas a cada residente en forma personal (ejemplo: ¿Ha sido responsabilizado por errores de otros?). Los diferentes tipos de maltratos se exploran mediante estas preguntas específicas, las cuales se contestan con escala de Likert que contempla las siguientes categorías: nunca, rara vez, a veces, frecuentemente y muy frecuentemente. Se añadieron dos preguntas sobre la presión sentida por los estudiantes para consumir alcohol y drogas durante la residencia.

En la siguiente parte de la encuesta, se evalúan las consecuencias del maltrato mediante oraciones interrogativas con la misma modalidad de respuesta (ejemplo: ¿Ha pensado abandonar la residencia? con respuestas posibles:

nunca, rara vez, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente, no aplica). Cabe mencionar que para estas preguntas, se añadió una opción de respuesta “no aplica” en caso de que el residente no haya sido víctima de ningún tipo de maltrato.

La siguiente pregunta se enfocó a identificar quienes son las personas que ejercieron los maltratos. Se pidió a cada residente que conteste si recibió o no maltratos (y en caso positivo, en qué grado) de parte de diferentes personas con las que interactúa, incluyendo otros residentes, médicos, enfermeras, pacientes, familiares de pacientes, entre otros.

Para finalizar se preguntó en relación a si los residentes reportan o no los maltratos sufridos, y en caso negativo, el motivo por el que no los reportan. La última pregunta fue dirigida a conocer si el residente maltratado ha hablado de los maltratos con alguien. La encuesta concluye con un espacio de comentarios libres. La encuesta está integrada por 107 reactivos, de los cuales es obligatorio contestar 106 (la única pregunta opcional fue la de especificar la religión profesada), para poder concluir y enviar las respuestas.

En la **tabla 1.** se presentan las variables con los reactivos correspondientes.

Variables		Preg. N°	Preguntas
Datos generales	Sexo	1	Sexo
	Edad	2	Fecha de nacimiento
	Estado civil	3	Estado civil
	Número de hijos	4	Número de hijos
	Número de dependientes económicos	5	¿Tiene dependientes económicos a su cargo? Considerar todas las personas que dependen de su ingreso económico (Cónyuge, hijos, padres, otros familiares, otros)
	Año de residencia en el que se encuentra	6	Año de residencia en el que se encuentra
	Entidad federativa (de residencia médica)	7	Entidad federativa en la que está realizando su residencia

Especialidad o subespecialidad en curso	8	Especialidad o Subespecialidad en curso (en caso de estar dado de baja, elegir la especialidad que estaba cursando cuando se produjo la baja)
Sistema hospitalario de residencia	9	Sistema hospitalario en el que realiza la residencia (según clasificación de instituciones de salud INEGI)
Religión	10	¿Practica alguna religión?
	11	En caso afirmativo, ¿Cuál? (respuesta opcional)
Percepción de maltrato	12	¿Considera usted haber sido víctima de algún tipo de maltrato durante su residencia?
Maltrato psicológico	13	¿Ha sido criticado o humillado públicamente por sus errores? (frente a pacientes o sus familiares, compañeros o desconocidos)
	14	¿Ha observado falta de respeto por su trabajo?
	15	¿Ha sido responsabilizado por errores de otros?
	16	¿Ha sido amenazado con algún perjuicio físico?
	17	¿Ha recibido gritos?
	18	¿Ha recibido castigos desproporcionados?
	19	¿Ha recibido solicitudes de encubrimiento de fallas de superiores?
	20	¿Ha recibido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?
	31	¿Ha recibido amenazas injustificadas de baja de la residencia?
	32	¿Ha recibido descalificación reiterativa de su trabajo?
	34	¿Ha recibido comentarios sobre su incapacidad para seguir sus estudios o para ser médico?
Maltrato de tipo sexual	38	¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?
	39	¿Ha sido expuesto a lenguaje vulgar o agresivo con contenido sexual?
	40	¿Ha sido expuesto a material pornográfico en contra de su voluntad?
	41	¿Ha recibido invitaciones insistentes o proposiciones explícitas no deseadas?
	42	¿Ha sido víctima de difamación con contenido sexual?
	43	¿Ha sentido la obligación de tener relaciones sexuales no consentidas?
	44	¿Ha sido víctima de algún otro tipo de acoso o abuso sexual?
Discriminación	45	¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su nivel socioeconómico?
	46	¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su género?
	47	¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su cultura o grupo étnico?
	48	¿Ha sido limitado en la asignación de plaza de residencia o cargos académicos por tener hijos o otros dependientes económicos?
	49	¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su religión o de sus creencias?
Objeción de conciencia	50	¿Lo han obligado a realizar procedimientos que van en contra

		de su consciencia?
Discriminación	51	¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su preferencia sexual?
	52	¿Ha sido amenazado de baja del programa de residencias por enfermedad o condición física o enfermedad mental tratable y que no represente un riesgo para los pacientes?
Discriminación en contra de las mujeres	53	¿Le han solicitado la realización de una prueba de embarazo para condicionar la obtención de una plaza de residencia?
	54	¿Ha sido dada de baja de un programa de residencia por estar embarazada?
	55	¿Ha recibido amenazas de baja en caso de embarazarse en la residencia?
Maltrato físico	21	¿Ha recibido golpes o empujones?
	22	¿Ha recibido otra forma de violencia física?
	23	¿Ha sido víctima de robo o daño a sus objetos personales dentro del hospital?
	24	¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas, como ir al baño, como castigo?
	25	¿Le ha sido negada la posibilidad de alimentarse durante sus horas de trabajo, como castigo?
	26	¿Ha sido privado de descanso o sueño durante las guardias, como castigo?
	27	¿Lo han obligado a dar aportaciones, cuotas o cooperaciones económicas para condicionar calificaciones, o ciertos beneficios durante la residencia?
Maltrato académico	28	¿Ha recibido guardias de castigo?
	29	¿Ha recibido sobrecarga de trabajo como castigo?
	30	¿Ha sido obligado a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo?
	33	¿Han usado su trabajo sin darle el crédito correspondientes, en beneficio de otra persona?
	35	¿Le han exigido conocimientos o destrezas que no corresponden a su nivel de entrenamiento?
	36	¿Le han negado acceso a enseñanza (sesiones, clases, conferencias, etc...) como castigo?
	37	¿Le han negado contacto con paciente (ingreso a cirugía, procedimientos, pasos de visita, etc...) como castigo?
Consumo de alcohol y otras sustancias	56	¿Ha sido presionado a consumir alcohol en contra de su voluntad?
	57	¿Ha sido presionado a consumir sustancias ilícitas en contra de su voluntad?
Consecuencias del maltrato	58	¿Ha pensado abandonar la residencia?
	59	¿Ha pensado renunciar a su vocación de médico?
	60	¿Ha pensado solicitar un cambio de sede de residencia o de especialidad?
	61	¿Ha presentado síntomas de depresión?
	62	¿Ha presentado síntomas de ansiedad?
	63	¿Ha notado un deterioro en sus relaciones familiares, personales

		o sociales?
	64	¿Ha notado un incremento en su agresividad, enojo, frustración o sentimiento de injusticia?
	65	¿Ha llegado a consumir sustancias ilícitas?
	66	¿Ha llegado a consumir alcohol en exceso?
	67	¿Ha tenido ideación suicida?
	68	¿Ha padecido agotamiento (burn out)?
	69	¿Ha visto afectada su escala de valores?
	70	¿Ha sentido repercusiones negativas en la calidad de la atención que da a sus pacientes?
¿Quién es o quienes son las personas que ejercieron los maltratos?	71	Residente de mismo año
	72	Residente de jerarquía superior
	73	Jefe de residentes
	74	Médico de base
	75	Jefe de servicio
	76	Responsable del programa académico
	77	Enfermera (o)
	78	Personal administrativo del hospital
	79	Paciente
	80	Familiar de paciente
	81	Otro
Reporte de maltratos	82	¿Ha reportado los maltratos sufridos con alguna autoridad?
El o los motivos por los cuales no se reportaron fueron	83	No era un verdadero problema
	84	Se trataba de un problema menor para el cuál se había que preocuparse
	85	Reportarlo no habría cambiado nada
	86	Reportarlo habría empeorado las cosas
	87	Podía manejarlo solo / sola
	88	Reportarlo afectaría mi evaluación de la residencia
	89	Podría ser etiquetado al reportarlo
	90	No era necesario porque el problema se acabó
	91	Tenía miedo de que el reporte no se maneje de manera confidencial
	92	Podría haber recibido un castigo por reportarlo
	93	El problema no se habría manejado de manera justa al reportarlo
	94	No sabía con certeza a quien reportarlo
	95	Ne mo iban a creer
	96	Tenía miedo de ser acusado y sufrir represalias.
	97	¿Ha hablado con alguien de los maltratos sufridos?
¿Con quién ha hablado de los maltratos?	98	Otro residente
	99	Jefe de residentes
	100	Amigo

	101	Familiar
	102	Médico del hospital
	103	Administrativo
	104	Autoridad del hospital
	105	Autoridad Universitaria
	106	Autoridad de la Secretaria de Salud
	107	Terapeuta

Tabla 1. Variables y reactivos del instrumento.

2.4.3 Estudio piloto

Se realizó un estudio piloto en un grupo de 53 egresados de la Licenciatura de médico cirujano de las generaciones 2006 y 2007 de la Universidad Panamericana y que se encontraban cursando una residencia médica o quirúrgica en México. La encuesta se envió el 15 de Enero con un recordatorio el 6 de Abril 2014 y se añadió un espacio de comentarios libres para recibir las opiniones sobre las dificultades encontradas durante el llenado de la misma. La tasa de respuesta del piloto fue del 33%, obteniendo un total de 17 respuestas.

Dos días después del envío, se identificó un problema técnico debido a un error de configuración de la encuesta, el cual se corrigió inmediatamente y pudo haber interferido con el llenado y explicar la baja tasa de respuesta. Los comentarios abiertos no arrojaron otras dificultades para el entendimiento de las preguntas o el manejo de la plataforma de google docs para la aplicación del instrumento.

2.4.4. Validación del instrumento

La validación del instrumento del instrumento se realizó de la siguiente manera:

La validez de contenidos del instrumento se aseguró a través de la bibliografía consultada así como de la opinión de expertos en bioética, en educación médica así como en la aplicación de un piloto.

La validez conceptual se obtuvo mediante la consulta de bibliografía, la opinión de expertos y la validez del piloto.

La validez estadística propia del instrumento se confirmará mediante las técnicas de análisis estadístico.

2.5 Análisis estadístico

Se realizará primero un análisis estadístico descriptivo para conocer las frecuencias de maltratos por tipo, así como de las consecuencias y de los reportes de maltratos.

Posteriormente, se realizarán pruebas no paramétricas de muestras independientes de Kruskal-Wallis para determinar las características específicas de subgrupos, como el género más afectado por ciertos tipos de maltratos, las especialidades de mayor vulnerabilidad o el sistema hospitalario y el año de residencia. Se usarán los programas SPSS y Epidat para los análisis estadísticos cuantitativos.

2.6. Aspectos éticos de la investigación

Por tratarse de una encuesta, el protocolo se considera sin riesgo para los sujetos de investigación, según la clasificación de riesgos de la investigación del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo N°17. Sin embargo, por contener algunas preguntas íntimas y a pesar de que es anónima y confidencial, se puede pensar que los encuestados hagan consciencia de ciertos maltratos y que les genere cierto grado de incomodidad, se incluye en la introducción de la encuesta un breve consentimiento informado y se solicitó la aprobación del protocolo por parte del Comité de Ética de la Investigación de la UP, el cuál se obtuvo

en Enero 2014 (ver apéndice 2). Se cumplieron con las recomendaciones de dicho comité. Se incluyó un párrafo de consentimiento que menciona: “Al contestar y enviar el cuestionario, se asume que el residente da su consentimiento implícito para que los datos obtenidos se utilicen para la investigación y sus productos de investigación.

2.7 Aplicación del instrumento

La encuesta se envió por correo electrónico a los residentes del Estado de México el 17 de Septiembre 2014, con un recordatorio el 30 de Septiembre. Se cerró la recepción de encuestas el 1ero de Noviembre 2014, dando un total de 6 semanas para contestar la encuesta. Se obtuvieron 153 respuestas, de las cuales se identificaron 10 repetidas (coincidencia de hora de envío, preguntas y comentarios libres), las cuales se depuraron de la base de respuestas, dejando 143 respuestas útiles, lo que corresponde al 7.6% de la población de estudio.

3. Capítulo III: Resultados

3.1 Datos generales de la población

Los datos generales de los residentes encuestados aparecen en la **tabla 2**.

Los residentes que contestaron y tuvieron una encuesta válida fueron 143. La distribución por sexo fue de 53.8% de mujeres por 46.2% de hombres. La edad promedio de los residentes fue de 27.6 años, siendo un 31.5% de ellos mayores de 30 años. Dos tercios de ellos son solteros, cerca del 22% están casados y 10.5% vive en unión libre. El 18.2% tiene por lo menos un hijo, 81% de los que tienen hijos sólo tienen uno y el 19% tiene dos, ninguno tiene más de dos hijos. En cuanto a la distribución de los residentes por año de residencia, la gran mayoría se encontraba en los primeros 4

años (87.3%), el 9.3% se encontraba en una subespecialidad y sólo 2 residentes contestaron la encuesta habiendo sido dados de baja. Las especialidades más representadas fueron las especialidades troncales: ginecología y obstetricia (20.3%), pediatría (13.3%), medicina interna (12.6%) y cirugía general (11.2%). Las otras especialidades fueron anestesiología, medicina familiar, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, urgencias, rehabilitación, medicina integrada y geriatría. Las subespecialidades se distribuyeron en 73% quirúrgicas y 27% médicas. Todos los residentes estaban incorporados a un hospital público. Cerca del 45% se encontraban en una institución de salud o seguridad social estatal, 32.9% en un hospital de la secretaria de salud y 6.3% en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En cuanto a la religión que profesan los residentes, 79.7% de los residentes reportaron practicar alguna religión, de los cuales el 84% es católico, 8.4% es cristiano y los demás practican otra religión. El 20.3% de los residentes encuestados no tiene ninguna religión.

Población	n=143	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	66	46.2 %
	Femenino	77	53.8 %
Edad	Menor de 30 años	98	68.5%
	Mayor o igual a 30 años	45	31.5%
	Edad promedio = 27.6 años		
Estado Civil	Soltero	95	66.4 %
	Casado	31	21.7 %
	Unión Libre	15	10.5 %
	Divorciado	1	0.7 %
	Otro	1	0.7 %
Número de Hijos	Ninguno	117	81.8 %
	Uno	21	14.7 %
	Dos	5	3.5 %
	Más de dos	0	0 %
Dependientes Económicos	Ninguno	83	58 %
	Uno	35	24.5 %
	Mas de Uno	25	17.5 %
Año de Residencia	R1	39	27.3 %
	R2	28	19.6 %
	R3	40	28 %
	R4	18	12.6 %
	S1	4	2.8 %
	S2	4	2.8 %
	S3	5	3.5 %
	Otro	3	2.1%
	Baja	2	1.4%
Especialidad / Subespecialidad	Medicina Interna	18	12.6 %
	Cirugía general	16	11.2 %
	Pediatría	19	13.3% %
	Ginecología y Obstetricia	29	20.3 %
	Anestesiología	12	8.4 %
	Ortopedia y trauma	6	4.2
	Geriatría	1	0.7 %
	Imagenología	5	3.5 %
	Rehabilitación	2	1.5%
	Urgencias	4	2.8%
	Medicina familiar	9	6.3%
	Medicina integrada	2	1.4%
	Otorrinolaringología	7	4.9%
	Subespecialidad médica	3	2.1%
	Subespecialidad quirúrgica	8	5.6%
	Otra	2	1.4%
Sistema Hospitalario	IMSS	9	6.3%
	Institución de Salud o Seguridad Social Estatal	64	44.8%
	Secretaria de Salud	47	32.9%
	Instituto Nacional de Salud	1	0.7%
	Otro	22	15.4 %
Religión	Practica una religión	114	79.7 %
	No practica ninguna religión	29	20.3 %
	En caso positivo ¿Cuál?		
	Católica	99	69.6%
	Cristiana	10	7%
	Otra	9	6.3%
	Sin contestar	25	17.5%

Tabla 2. Características de la población estudiada

3.2 Percepción global de maltrato

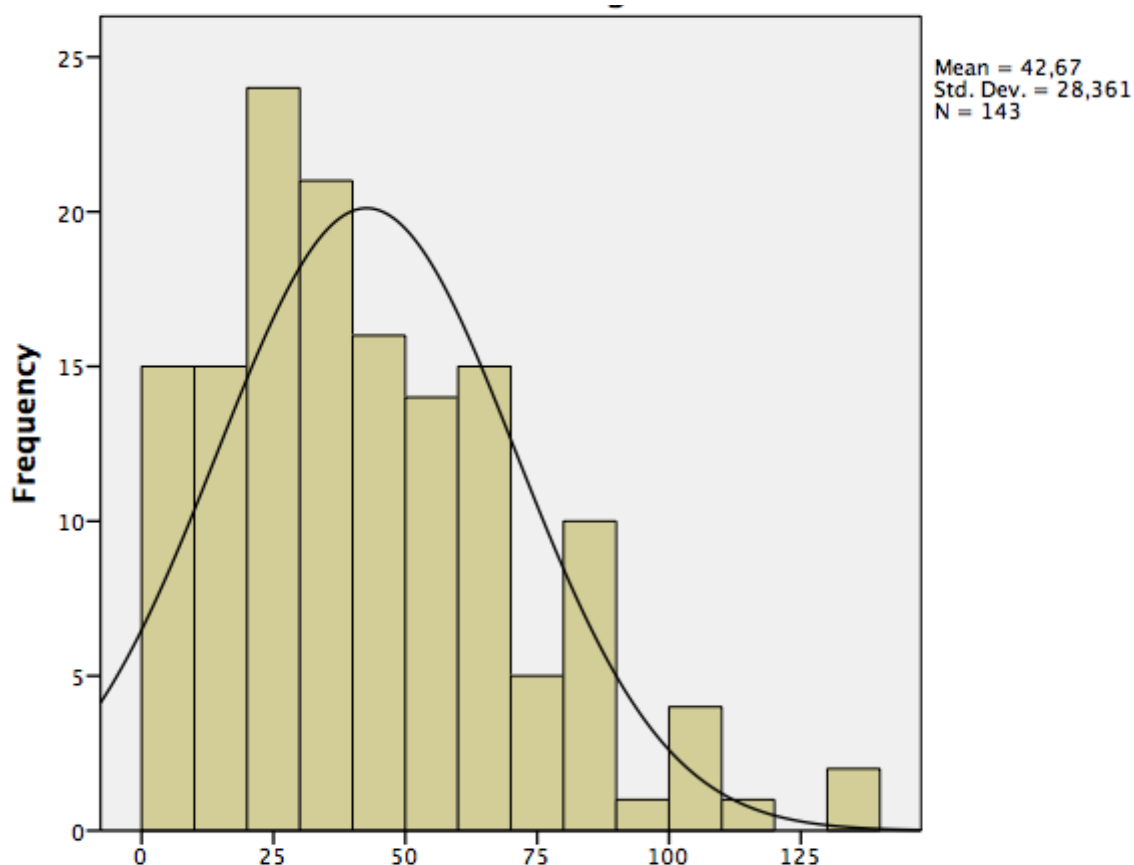
A la pregunta "¿Considera usted haber sido víctima de algún tipo de maltrato durante su residencia?", del 83.9% de los residentes contestó afirmativamente, 14% contestó que no y el 2.1% que no sabe.

Para tener una aproximación cuantitativa de los maltratos, se ponderó cada respuesta de la escala de Likert de la siguientes manera: las respuestas "nunca" recibió un valor de 0, "rara vez" de 1, "a veces" de 2, "frecuentemente" de 3 y "muy frecuentemente" de 4. Se observó las puntuaciones totales que obtuvieron cada uno de los residentes, obteniendo la distribución que se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Puntaje de Maltrato Global

N=143	Válidos	143
Promedio		42,67
Mediana		38,00
Moda		15
Desviación estándar		28,361
Mínimo		0
Máximo		138
	25	21,00
Percentiles	50	38,00
	75	61,00

El mayor puntaje que podía haber obtenido un residente es de 138 (sólo 1 alumno obtuvo el puntaje máximo) y el mínimo 0. El promedio por residente fue de 42.67 y la mediana de 38. El percentil 25 se ubicó en 21, el percentil 50 en 38 y el percentil 75 en 61. Se pudo ver que la distribución no era una distribución normal. La **gráfica 1** representa la distribución obtenida.



Gráfica 1. Histograma: frecuencia de los puntajes de maltrato global obtenidos por los residentes

3.3 Frecuencias de los diferentes tipos de maltratos:

Para analizar los diferentes tipos de maltrato: psicológico, físico, académico, sexual y la discriminación, se agruparon las respuestas en tres categorías. En la primera categoría se incluyeron las respuestas "nunca" y "rara vez", en la segunda "a veces" y en la tercera "frecuentemente" y "muy frecuentemente".

Se obtuvieron las frecuencias por tipo de maltrato y por cada reactivo, las cuales se presentan en las **tablas 3 a 9**.

3.3.1 Maltrato psicológico

Maltrato psicológico	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
¿Ha sido criticado o humillado públicamente por sus errores? (frente a pacientes o sus familiares, compañeros o desconocidos)	21.7%	31.5%	46.9%
¿Ha observado falta de respeto por su trabajo?	29.4%	25.9%	44.9%
¿Ha sido responsabilizado por errores de otros?	28%	21%	51%
¿Ha sido amenazado con algún perjuicio físico?	79%	10.5%	10.5%
¿Ha recibido gritos?	28.7%	28%	43.4%
¿Ha recibido castigos desproporcionados?	39.2%	30.1%	30.8%
¿Ha recibido solicitudes de encubrimiento de fallas de superiores?	64.3%	17.5%	18.2%
¿Ha recibido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?	20.3%	19.6%	60.1%
¿Ha recibido amenazas injustificadas de baja de la residencia?	58%	16.8%	25.2%
¿Ha recibido descalificación reiterativa de su trabajo?	51%	18.2%	30.8%
¿Ha recibido comentarios sobre su incapacidad para seguir sus estudios o para ser médico?	49.7%	18.9%	31.5%
¿Lo han obligado a realizar procedimientos que van en contra de su consciencia?	89.5%	6.3%	4.2%

Tabla 3. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre maltrato psicológico

En la **tabla 3.**, se puede observar que en lo general, los maltratos psicológicos fueron frecuentes. El 78.3% de los residentes reportan haber sido humillados públicamente de los cuales 31.5% "a veces" y 46.9% "frecuentemente" y "muy frecuentemente". En la pregunta que mide la percepción de falta de respeto por su trabajo, más del 70% de los residentes contestaron que lo perciben "a veces": 25.9% o "frecuentemente" y "muy frecuentemente": 44.9%. Más del 60% de los residentes considera haber recibido castigos desproporcionados, de los cuales la mitad sufren de esta situación frecuente o muy frecuentemente. El 72% de los residentes reportan haber sido responsabilizados

por errores de otros "a veces" (21%) y "frecuentemente" o "muy frecuentemente" (51%), mientras el 45.7% de ellos han tenido que encubrir fallas de sus superiores. Aparece también frecuente o muy frecuentemente que reciban gritos (43.4%) y descalificación reiterativa de su trabajo (30.8%). Más del 50% de ellos ha recibido comentarios sobre su incapacidad para seguir sus estudios o para ser médico "a veces": 18.9% y "frecuentemente" o "muy frecuentemente": 31.5% y más del 25% ha recibido amenazas injustificadas de baja de la residencia frecuentemente o muy frecuentemente. La amenaza de perjuicio físico fue uno de los reactivos con más baja frecuencia, aunque no sea de menor importancia ya que el 21% de los residentes ha recibido ese tipo de amenazas "a veces" (10.5%) o "frecuente y muy frecuentemente" (10.5%). En relación a la objeción de conciencia, se puede observar que solo poco más del 10% de los residentes reportaron haber tenido que realizar procedimientos que van en contra de su conciencia ("a veces": 6.3% y "frecuentemente y muy frecuentemente": 4.2%). Un dato muy relevante fue que la pregunta: "¿Ha tenido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?", fue la que obtuvo la mayor frecuencia de respuestas afirmativas, encontrándose que el 60.1% de los residentes reportaron que fue un fenómeno frecuente o muy frecuente para ellos, mientras 19.6% lo vivieron "a veces". Este dato puede explicar en parte el motivo por el que los maltratos son poco reportados y muchas veces se consideran como normales o parte del entrenamiento de especialidad.

Para ver la distribución de las frecuencias del maltrato psicológico, se agruparon las respuestas en las tres categorías y se asignaron puntuaciones para calcular posteriormente el Zscore. Las categorías de respuestas recibieron las siguientes

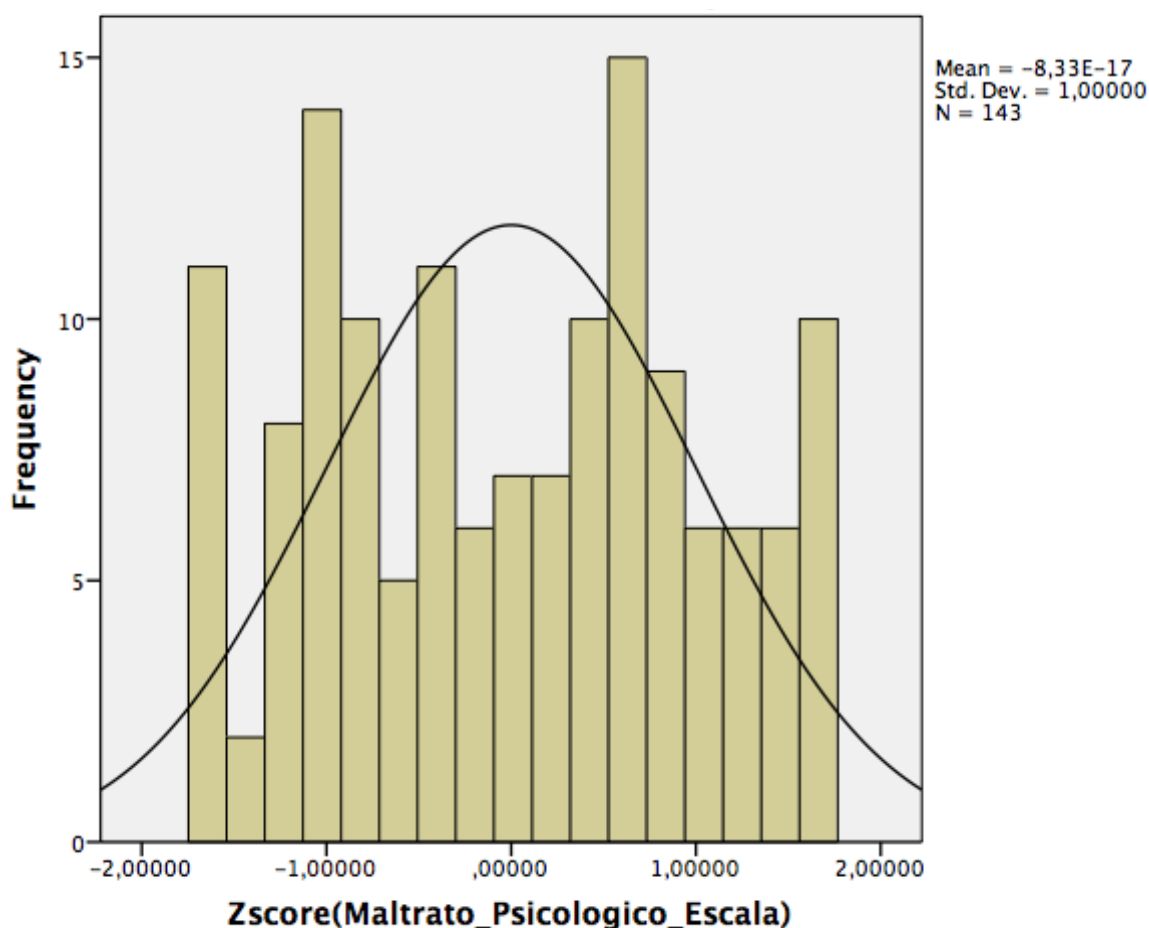
puntuaciones:

* Categoría 1: "nunca" y "rara vez": -1 punto

* Categoría 2: "a veces": 0 puntos

* Categoría 3: "frecuentemente" y "muy frecuentemente": 1 punto

La **gráfica 2.** es un histograma que representa los Zscore obtenidos para el maltrato psicológico.



Gráfica 2. Histograma de la distribución de los Zscores de maltrato psicológico

Se puede observar en el histograma que la distribución es muy variable y dispersa. Existen altos porcentajes de residentes que tienden hacia valores negativos (parte izquierda de la gráfica), refiriéndose la poco maltrato pero también se identifican

porcentajes más altos de residentes con valores positivos (lado derecho de la gráfica), reflejando mayores maltratos.

3.3.2 Maltrato físico

Maltrato físico	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
¿Ha recibido golpes o empujones?	83.9%	13.3%	2.8%
¿Ha recibido otra forma de violencia física?	86.7%	11.9%	1.4%
¿Ha sido víctima de robo o daño a sus objetos personales dentro del hospital?	42.7%	30.8%	26.6%
¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas, como ir al baño, como castigo?	79%	10.5%	10.5%
¿Le ha sido negada la posibilidad de alimentarse durante sus horas de trabajo, como castigo?	65%	14.7%	20.3%
¿Ha sido privado de descanso o sueño durante las guardias, como castigo?	47.6%	18.9%	33.6%
¿Lo han obligado a dar aportaciones, cuotas o cooperaciones económicas para condicionar calificaciones, o ciertos beneficios durante la residencia?	65%	12.6%	22.4%

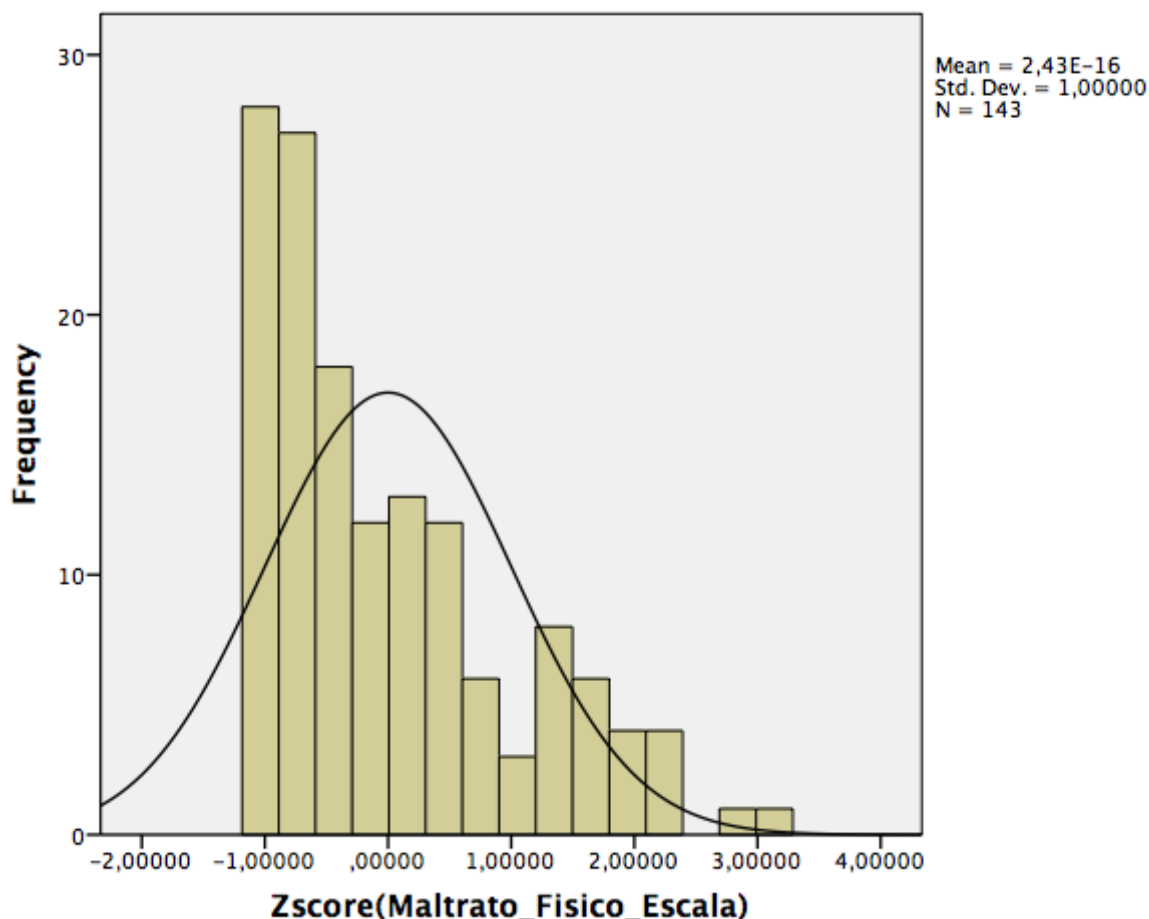
Tabla 4. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre maltrato físico

Observando la **tabla 4.**, podemos ver que entre los maltratos físicos que se exploraron, cabe mencionar que los golpes y empujones fueron relativamente poco frecuentes. Cerca del 84% de los residentes refirieron que nunca o rara vez había sido víctimas de este tipo de maltratos. Sin embargo, llama la atención que el 2.8% de los residentes digan que son víctimas frecuentemente o muy frecuentemente de tales maltratos ya que aunque sea un porcentaje bajo, se trata de un tema de gravedad que podría tener implicaciones legales penales. En cuanto a los robos o daños a sus objetos personales, se trata de un problema que afecta a 57.3% de los residentes "a veces" (30.6%) y "frecuentemente o muy frecuentemente" (26.6%). También se puede observar que

algunos castigo enfocados a la satisfacción de necesidades fisiológicas básicas como la alimentación, el sueño o la posibilidad de ir al baño. El 35% de los residentes han sido privados de alimentarse como castigo, 20.3% "frecuentemente o muy frecuentemente"; 52.4% lo ha sido de descanso o sueño durante las guardias, 33.6% "frecuentemente o muy frecuentemente", y 21% lo ha sido de ir al baño, 10.5% "frecuentemente o muy frecuentemente".

Otro fenómeno reportado fue la obligación de dar aportaciones económicas durante la residencia; 12.6% menciona que lo tiene que hacer a veces y 22.4% lo hace frecuentemente o muy frecuentemente.

Del mismo modo que para el maltrato psicológico, se graficó con un histograma la frecuencia de los Zscore del maltrato físico, obteniendo la **gráfica 3**.



Gráfica 3. Histograma de la distribución de los Zscores de maltrato físico

En esta gráfica, se puede observar una desviación del histograma hacia los valores negativos, lo que demuestra que los maltratos físicos son menos frecuentes. Sin embargo, existe un grupo reducido de residentes que obtuvo una puntuación muy positiva que refleja maltratos físicos frecuentes o muy frecuentes.

3.3.3 Maltrato académico

Maltrato académico	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
¿Ha recibido guardias de castigo?	50.3%	21.7%	28%
¿Ha recibido sobrecarga de trabajo como	36.4%	28%	35.7%

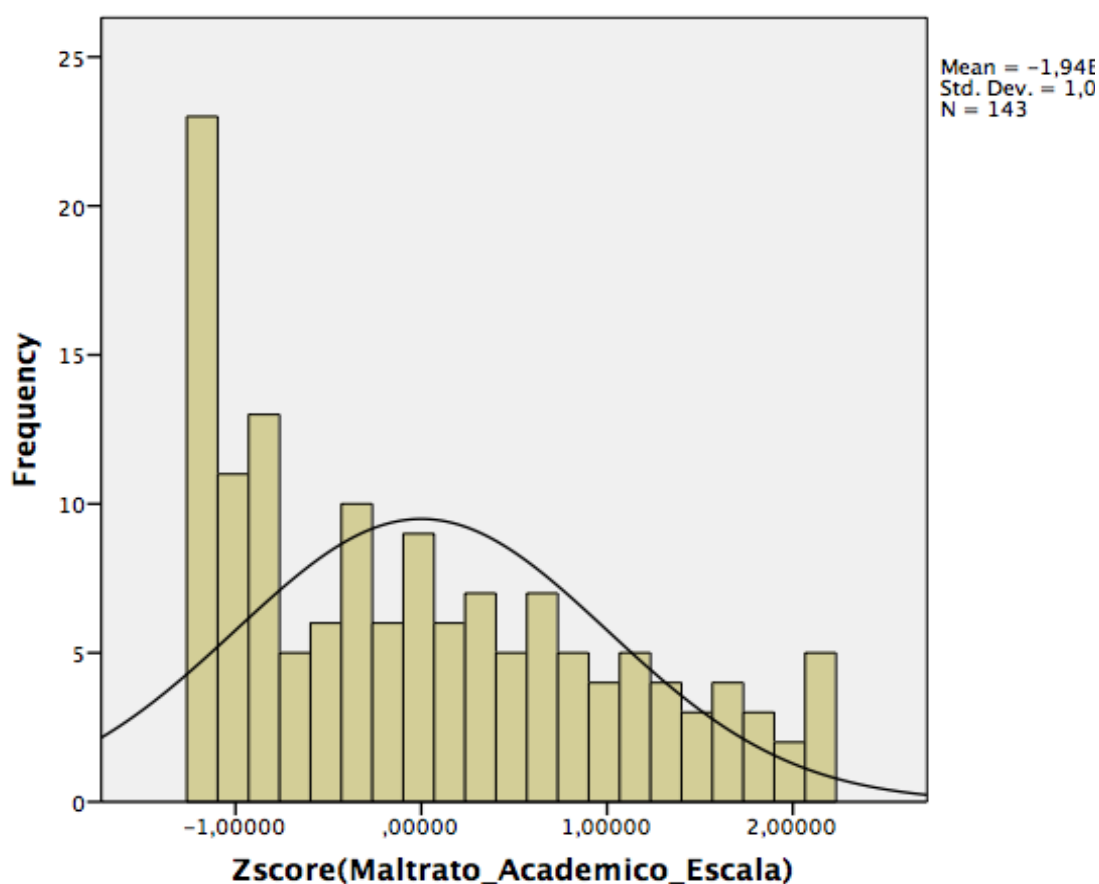
castigo?			
¿Ha sido obligado a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo?	76.9%	11.9%	11.2%
¿Han usado su trabajo sin darle el crédito correspondientes, en beneficio de otra persona?	53.1%	22.4%	24.5%
¿Le han exigido conocimientos o destrezas que no corresponden a su nivel de entrenamiento?	46.9%	21%	32.2%
¿Le han negado acceso a enseñanza (sesiones, clases, conferencias, etc...) como castigo?	62.9%	12.6%	24.5%
¿Le han negado contacto con paciente (ingreso a cirugía, procedimientos, pasos de visita, etc...) como castigo?	66.4%	16.8%	16.8%

Tabla 5. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre maltrato académico

En la **tabla 5.** se reportan las frecuencias de maltrato académico. Aunque el maltrato académico no sea comúnmente mencionado en estudios sobre maltratos durante la residencia, se considera un apartado muy relevante por la importancia primordial de la enseñanza en esa etapa del entrenamiento médico de especialización. A pesar de que las guardias de castigo se encuentran prohibidas en la Norma Oficial Mexicana vigente, los residentes encuestados fueron 28% en reportar éstas prácticas como frecuentes o muy frecuentes. Sólo el 50% de los residentes no reciben guardias de castigo o las reciben rara vez. De la misma manera, la asignación de sobrecarga de trabajo como castigo es una práctica común que se reporta en más de 63% de los casos. De hecho, es la pregunta que obtuvo el mayor porcentaje en el rango "frecuentemente o muy frecuentemente" con 35.7%. Otro tema común es el de la exigencia de conocimientos y destrezas que no corresponden a su nivel de entrenamiento, el cuál fue mencionado como frecuente o muy frecuente en 32.3% de los residentes y se presenta a veces para 21% de ellos. Por otro lado, 46.9% de los residentes mencionan que han usado su

trabajo sin darles el crédito correspondiente, 24.5% lo refieren como una conducta frecuente o muy frecuente. En una etapa de formación, también encontramos que 34.6% de los residentes recibe como castigo una negación a tener contacto con pacientes, y 39% a tener acceso a enseñanza. Finalmente, un porcentaje más bajo pero significativo menciona que han sido obligados a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo: 11.9% "a veces" y 11.2% "frecuentemente o muy frecuentemente".

Al igual que para los maltratos psicológicos y físicos, se graficó en la **gráfica 4**. En forma de histograma, la distribución de frecuencias del maltrato académico. La curva se observa más aplanada, con una dispersión importante, sin embargo muestra una frecuencia elevada en valores positivos (lado derecho de la gráfica).



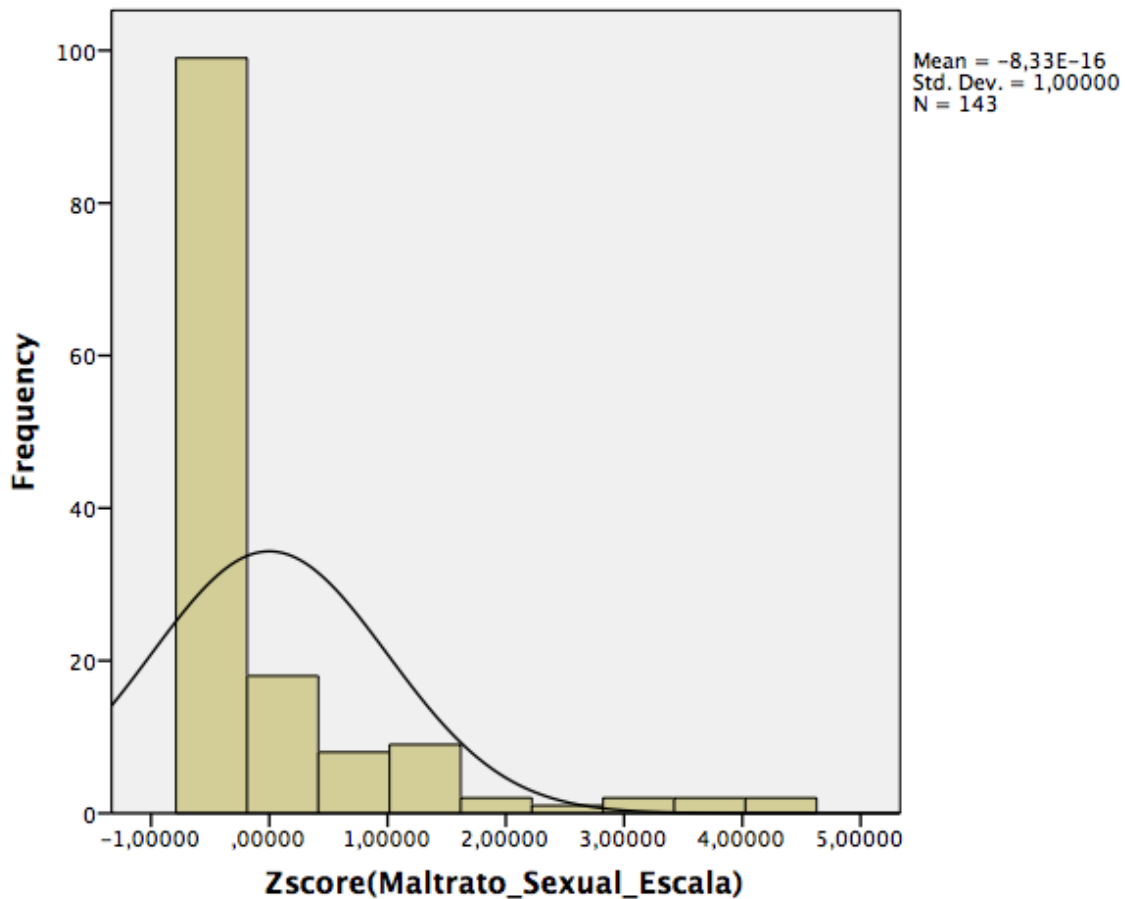
Gráfica 4. Histograma de la distribución de los Zscores de maltrato académico

3.3.4 Maltrato de tipo sexual

Maltrato de tipo sexual	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?	83.2%	11.9%	4.9%
¿Ha sido expuesto a lenguaje vulgar o agresivo con contenido sexual?	78.3%	14%	7.7%
¿Ha sido expuesto a material pornográfico en contra de su voluntad?	98.6%	1.4%	0%
¿Ha recibido invitaciones insistentes o proposiciones explícitas no deseadas?	91.6%	5.6%	2.8%
¿Ha sido víctima de difamación con contenido sexual?	94.4%	2.8%	2.8%
¿Ha sentido la obligación de tener relaciones sexuales no consentidas?	98.6%	0.7%	0.7%
¿Ha sido víctima de algún otro tipo de acoso o abuso sexual?	95.1%	2.8%	2.1%

Tabla 6. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre maltrato sexual

Cuando revisamos la **tabla 6.** que presenta las frecuencias de maltrato de tipo sexual, encontramos que globalmente son muchísimos más bajas que los demás tipos de maltratos. La pregunta que obtuvo mayor respuesta afirmativa fue la relativa a la exposición a lenguaje vulgar o agresivo de contenido sexual, la cuál fue reportada en 21.7% de los residentes (14% "a veces y 7.7% "frecuentemente" o "muy frecuentemente"). El segundo problema más referido es recibir comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él, el cual afecta a cerca de 17% de los residentes en grados diferentes (11.9% "a veces" y 4.9% "frecuentemente" y "muy frecuentemente").



Gráfica 5. Histograma de la distribución de los Zscores de maltrato de tipo sexual

En la **gráfica 5.**, El histograma representando la distribución de las frecuencias de maltrato de tipo sexual permite apreciar que la gran mayoría de los residentes no sufren del mismo ya que la curva y las principales barras están desviadas del lado de los valores negativos (a la izquierda de la gráfica).

3.3.5 Discriminación

Discriminación	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su nivel socioeconómico?	86.0%	9.1%	4.9%
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su género?	81.1%	14.0%	4.8%
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su cultura o grupo étnico?	96.5%	2.1%	1.4%
¿Ha sido limitado en la asignación de plaza de residencia o cargos académicos por tener hijos o otros dependientes económicos?	93.7%	2.1%	4,2 %
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su religión o de sus creencias?	95.8%	0.7%	3.5%
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su preferencia sexual?	95.8%	0.7%	3.5%
¿Ha sido amenazado de baja del programa de residencias por enfermedad o condición física o enfermedad mental tratable y que no represente un riesgo para los pacientes?	86.7%	5.6%	7.7%

Tabla 7. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre discriminación

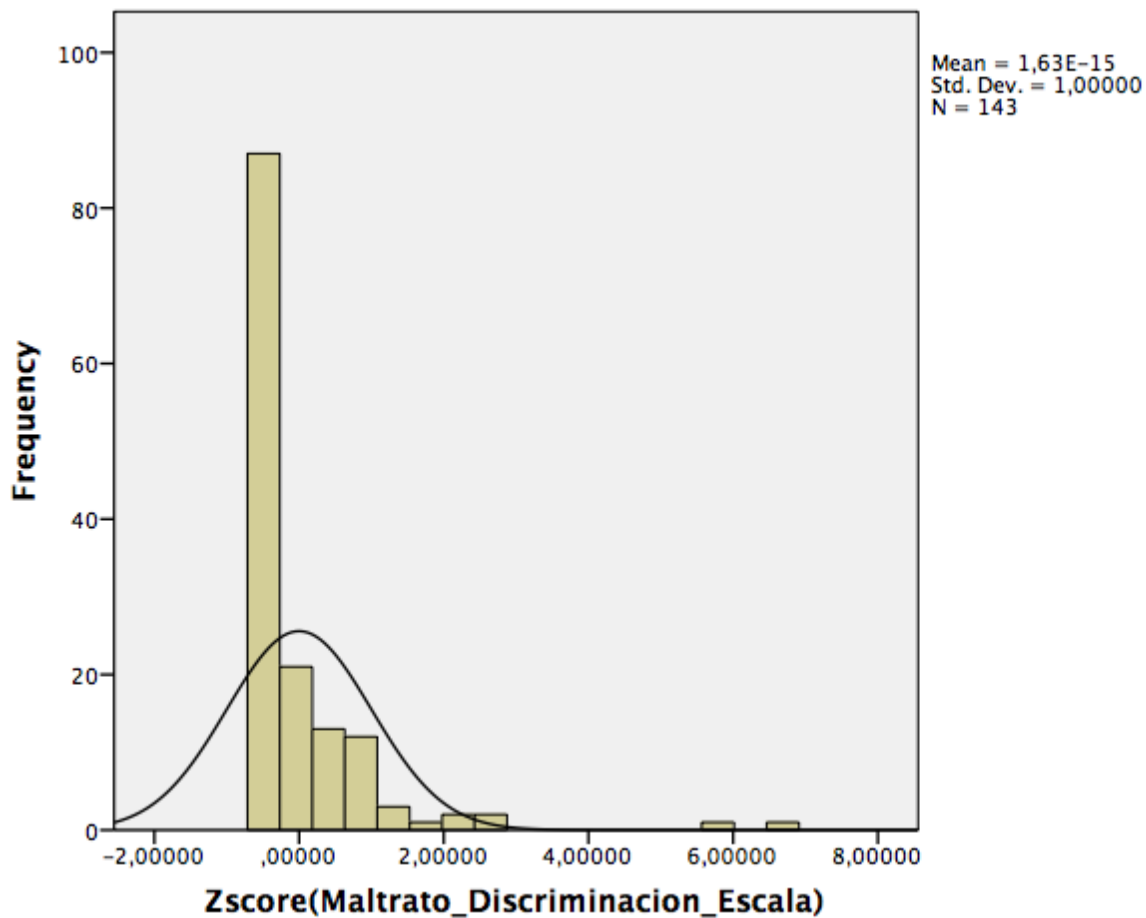
En la **tabla 7.** vemos que entre los diferentes tipos de discriminación que se investigaron (por nivel socioeconómica, por género, por grupo étnico, por religión o creencias, por situación familiar, por preferencia sexual, por enfermedad física o mental), la que obtuvo mayor porcentaje fue la discriminación de género con 18.8% de residentes de ambos sexos que mencionaron sufrirla "a veces" (14%) o "frecuentemente" y "muy frecuentemente" (4.8%). Le siguen la discriminación por nivel socioeconómico (9.1% "a veces" y 4.9% "frecuentemente" y "muy frecuentemente") y por enfermedad (5.6% "a veces" y 7.7% "frecuentemente" o "muy frecuentemente").

Los demás tipos de discriminación fueron menos reportados.

Discriminación en contra de las mujeres	"nunca"	"en una ocasión"	"en más de una ocasión"
¿Le han solicitado la realización de una prueba de embarazo para condicionar la obtención de una plaza de residencia?	80.7%	19.3%	0.0%
¿Ha sido dada de baja de un programa de residencia por estar embarazada?	98.7%	1.3%	0.0%
¿Ha recibido amenazas de baja en caso de embarazarse en la residencia?	74.7%	13.3%	12.0%

Tabla 8. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre discriminación en contra de las mujeres

En la **tabla 8.**, podemos observar que cuando estudiamos en mayor detalle la discriminación de género hacia las mujeres, tomando en cuenta específicamente su capacidad reproductora, vemos que en 19.3% de las mujeres, se les solicitó realizar una prueba de embarazo para condicionar la obtención de una plaza de residencia y 15.5% de ellas refieren haber recibido amenazas de baja en caso de embarazarse en la residencia. Por otro lado, 1.3% de ellas ha sido dada de baja por embarazo. Esta cifra puede parecer baja pero sólo dos residentes dados de baja contestaron la encuesta y de los dos, uno era hombre y la otra mujer. por lo que la única mujer que contestó habiendo sido dada de baja lo fue por embarazo.



Gráfica 6. Histograma de la distribución de los Zscores de discriminación

Para la discriminación en general (excluyendo la discriminación de género), la **gráfica 6**. Evidencia que la gran mayoría de los residentes no padecen ese tipo de problemas, sin embargo llama la atención que dos de ellos obtuvieron una puntuación positiva muy alta por lo que se deduce que padece de este tipo de maltratos de manera muy frecuente.

3.3.6 Consumo de alcohol y drogas

Consumo de alcohol y sustancias ilícitas	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
¿Ha sido presionado a consumir alcohol en contra de su voluntad?	79%	13.3%	7.7%
¿Ha sido presionado a consumir sustancias ilícitas en contra de su voluntad?	96.5%	0.7%	2.8%

Tabla 9. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre presiones para llevar a consumo de alcohol y sustancias ilícitas durante la residencia

Las presiones para que los residentes ingieran alcohol o consuman drogas en contra de su voluntad fueron reportadas como un problema importante en la cultura japonesa (Nagata-Kobayashi, Maeno, Yoshizu, & Shimbo, 2009) por lo que se incluyeron en el presente trabajo. Los resultados aparecen en la **tabla 9**. En cuanto al consumo de alcohol, podemos ver que el 21% de los residentes reconocen que reciben estas presiones, siendo el 13.3% "a veces" y el 7.7% "frecuentemente" o "muy frecuentemente". En lo referente al consumo de drogas, las cifras son mucho menores, el 0.7% (un residente) de ellos siente esa presión "a veces" y el 2.8% (4 residentes) "frecuentemente" o "muy frecuentemente".

3.4 Descripción de frecuencias de las consecuencias de los maltratos

Después de analizar los diferentes tipos de maltratos a través de cada pregunta, se trataron de identificar las consecuencias que los mismos tienen sobre varios aspectos de la vida de los residentes como la salud mental, la vida personal, la calidad de la atención de los pacientes. Los resultados se muestran a la **tabla 10**.

Consecuencias de los maltratos*	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
¿Ha pensado abandonar la residencia?	32.8%	27%	40.2%
¿Ha pensado renunciar a su vocación de médico?	65.7%	13.9%	20.4%
¿Ha pensado solicitar un cambio de sede de residencia o de especialidad?	32.1%	21.2%	46.7%
¿Ha presentado síntomas de depresión?	28.3%	23.9%	47.8%
¿Ha presentado síntomas de ansiedad?	22.5%	24%	53.5%
¿Ha notado un deterioro en sus relaciones familiares, personales o sociales?	26.5%	22.8%	50.7%
¿Ha notado un incremento en su agresividad, enojo, frustración o sentimiento de injusticia?	21.2%	21.9%	56.9%
¿Ha llegado a consumir sustancias ilícitas?	91.2%	5.1%	3.7%
¿Ha llegado a consumir alcohol en exceso?	79.5%	13.1%	7.4%
¿Ha tenido ideación suicida?	92%	3.6%	4.4%
¿Ha padecido agotamiento (burnout)?	17.2%	20%	62.8%
¿Ha visto afectada su escala de valores?	53.6%	13.2%	33.2%
¿Ha sentido repercusiones negativas en la calidad de la atención que da a sus pacientes?	42.7%	25%	32.3%

Tabla 10. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre las consecuencias de los maltratos durante la residencia

* Se excluyeron las respuestas NA (no aplica) por considerar no haber recibido maltratos

Se puede observar en la tabla que las consecuencias más frecuentes son trastornos psicológicos como el agotamiento (síndrome de burnout), reportado por 82.8% de los residentes, 62.8% como frecuente o muy frecuente y por 20% adicionales "a veces", síntomas de depresión, mencionada en 71.7% de los residentes como "frecuentes" o "muy frecuentes" (47.8%) y presentados "a veces" (23.9%), síntomas de ansiedad, en 77.5% de los residentes (frecuentes y muy frecuentes en 53.5% y presentados a veces en 24%). También son numerosos en referir haber sentido un incremento en su agresividad, enojo, frustración o sentimientos de injusticia (78.8% distribuidos en 21.9% que lo siente "a veces" y 56.9% que lo siente frecuentemente o muy frecuentemente). La ideación suicida se ha presentado a veces en 3.6% de los residentes y

frecuentemente o muy frecuentemente en 4.4% de ellos. Por otro lado, los maltratos parecen ser responsables por lo menos parcialmente, de dudas vocacionales (20.4% refieren pensar frecuentemente o muy frecuentemente en renunciar a su vocación de médico y otros 13.9% lo piensan a veces), abandono de la residencia (67.2% distribuidos en 27% "a veces" y 40.2% "frecuentemente" o "muy frecuentemente") e intención de solicitar un cambio de sede de residencia o de especialidad (67.9% distribuidos en 21.2% "a veces" y 46.7% "frecuentemente" o "muy frecuentemente"). Del punto de vista social y familiar, los maltratos tienen consecuencias negativas también. El 73.5% de los residentes mencionan que sus relaciones están afectadas; más de la mitad (50.7%) lo ven como una situación frecuente o muy frecuente. Otro punto importante que se ve afectado es la esfera ética de los residentes, 46.4% refiere que su escala de valores se ha visto afectada, 33.2% consideran que lo es frecuentemente o muy frecuentemente. En cuanto al consumo de alcohol y drogas a consecuencia de los maltratos, aun si son porcentajes mucho más bajos, son muy relevantes. El 20.5% de los residentes reconocen consumir alcohol en exceso, 7.4% lo hace frecuentemente o muy frecuentemente; 8% de los residentes reconoce consumir drogas, de los cuales 4.4% lo hacen frecuentemente o muy frecuentemente. Por último y como consecuencia lógica de lo anterior, un muy alto porcentaje de los residentes encuestados aceptan que la calidad de la atención que dan a sus pacientes se ha visto afectada negativamente por los maltratos, 57.3% de ellos lo dicen; 32,3% consideran que sucede frecuentemente o muy frecuentemente.

3.5 Descripción de las frecuencias de los responsables de los maltratos

La encuesta tuvo como objetivo adicional, tratar de identificar los responsables de los maltratos. Los resultados de las preguntas relativas a este tema se presentan en la **tabla 11**.

Personas responsables de los maltratos *	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
Residente de mismo año	90%	4.6%	5.4%
Residente de jerarquía superior	22.7%	20.4%	56.9%
Jefe de residentes	52.1%	18%	29.9%
Médico de base	30.7%	27.7%	41.6%
Jefe de servicio	53.6%	14%	32.4%
Responsable del programa académico	54%	15.6%	30.4%
Enfermera (o)	70.1%	15.7%	14.2%
Personal administrativo del hospital	74.2%	12.5%	13.3%
Paciente	73.3%	10.4%	16.3%
Familiar de paciente	63.9%	20.6%	15.5%
Otro	80.5%	6.8%	12.7%

Tabla 11. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre las personas responsables de los maltratos

* Se excluyeron las respuestas NA (no aplica) por considerar no haber recibido maltratos

Como se ha reportado en la literatura, se encontró que los principales responsables de los maltratos son los residentes de jerarquía superior. El 77.3% de los residentes lo reportó así (56.9% siendo frecuente o muy frecuente). Le siguen los médicos de base con 69.3% (41.6% siendo frecuente o muy frecuente) y los jefes de residentes con 47.9% (29.9% siendo frecuente o muy frecuente). Los jefes de servicio y los responsables de los programas académicos también son reportados por cerca de 46% de los residentes. Llama la atención que los familiares de pacientes muestren un porcentaje de 36.1% (15.5% frecuente o muy frecuente) y los pacientes de 26.7%.

3.6 Descripción de las frecuencias de los reportes

A la pregunta "¿Ha reportado los maltratos sufridos a alguna autoridad?", el 65.7% de los residentes contestaron que "nunca" o "rara vez" lo han hecho, 18.9% lo han hecho "a veces" y 7% frecuente o muy frecuentemente. Cabe mencionar que 8.4% de los residentes consideraron que no aplicaba la pregunta por no haber sido víctima de maltratos. Por lo tanto, el reporte de los maltratos es bajo, lo que contribuye a que las autoridades hospitalarias y universitarias no puedan medirlos adecuadamente.

Cuando se investigan los motivos por los que no reportaron los maltratos, se encontraron los datos que aparecen en la **tabla 12**.

Motivos por los cuales no se reportaron los maltratos *	"de acuerdo"	"parcialmente de acuerdo"	"en desacuerdo"
No era un verdadero problema	22.3%	35.6%	42.1%
Se trataba de un problema menor para el cuál se había que preocuparse	20.7%	37.2%	42.1%
Reportarlo no habría cambiado nada	66.1%	24%	9.9%
Reportarlo habría empeorado las cosas	77.4%	14.2%	8.4%
Podía manejarlo solo / sola	26.3%	50%	23.7%
Reportarlo afectaría mi evaluación de la residencia	66.6%	21.7%	11.7%
Podría ser etiquetado al reportarlo	79.3%	11.6%	9.1%
No era necesario porque el problema se acabó	17.6%	39.4%	43%
Tenía miedo de que el reporte no se maneje de manera confidencial	70.3%	17%	12.7%
Podría haber recibido un castigo por reportarlo	75.1%	11.6%	13.3%
El problema no se habría manejado de manera justa al reportarlo	71%	20.7%	8.3%
No sabía con certeza a quien reportarlo	50%	28%	22%
No me iban a creer	42.8%	38.5%	18.7%
Tenía miedo de ser acusado y sufrir represalias.	69.1%	20%	10.9%

Tabla 12. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre los motivos por los que no reportaron los maltratos.

* Se excluyeron las respuestas NA (no aplica) por considerar no haber recibido maltratos

Los residentes no reportan los maltratos, principalmente porque piensan que reportarlos les traerían consecuencias negativas como: habría empeorado las cosas, podría haber sido etiquetado al reportarlo, podría haber recibido un castigo por reportarlo, tenía miedo de ser acusado y sufrir represalias o reportarlo habría afectado la evaluación de su residencia. Los resultados también hacen evidente la falta de apoyo que sienten por parte de las autoridades al no saber con quien reportar los maltratos (50%), al pensar que los temas no se van a manejar bien ni de forma confidencial o que reportarlo no cambiaría nada.

Considerando la baja tasa de reporte de los maltratos, se investigó a que tipo de personas del entorno del residente confía sus preocupaciones al respecto y se preguntó a cada uno "¿Con quién ha hablado de los maltratos?". Los resultados aparecen en la **tabla 13**.

Personas con las que ha hablado de los maltratos*	"nunca" o "rara vez"	"a veces"	"frecuente" o "muy frecuente"
Otro residente	10.9%	17.2%	71.9%
Jefe de residentes	64.4%	15.7%	19.9%
Amigo	12.5%	17.2%	70.3%
Familiar	18.9%	13.4%	67.7%
Médico del hospital	55.2%	17.3%	27.5%
Administrativo	87.4%	6.3%	6.3%
Autoridad del hospital	77.8%	12.6%	9.6%
Autoridad Universitaria	87.4%	8.4%	4.2%
Autoridad de la Secretaría de Salud	94.4%	4%	1.6%
Terapeuta	81.3%	7.4%	11.3%

Tabla 13. Frecuencias de respuestas a preguntas sobre las personas con las que los residentes hablan de los maltratos.

* Se excluyeron las respuestas NA (no aplica) por considerar no haber recibido maltratos

Esta pregunta permitió identificar que los residentes hablan de los maltratos entre ellos

(71.9% lo hace frecuente o muy frecuentemente), con sus amigos (70.3% lo hace frecuentemente o muy frecuentemente) o con su familia (67.7% lo hace frecuentemente o muy frecuentemente). También se pueden identificar las instancias a las que acuden poco a pesar de que existen vías para hacerlo como son: el personal administrativo del hospital (87.4% nunca lo ha hecho), las autoridades de la universidad de la que depende el programa (87.4% nunca lo ha hecho) y la secretaria de Salud (94.4% nunca lo ha hecho).

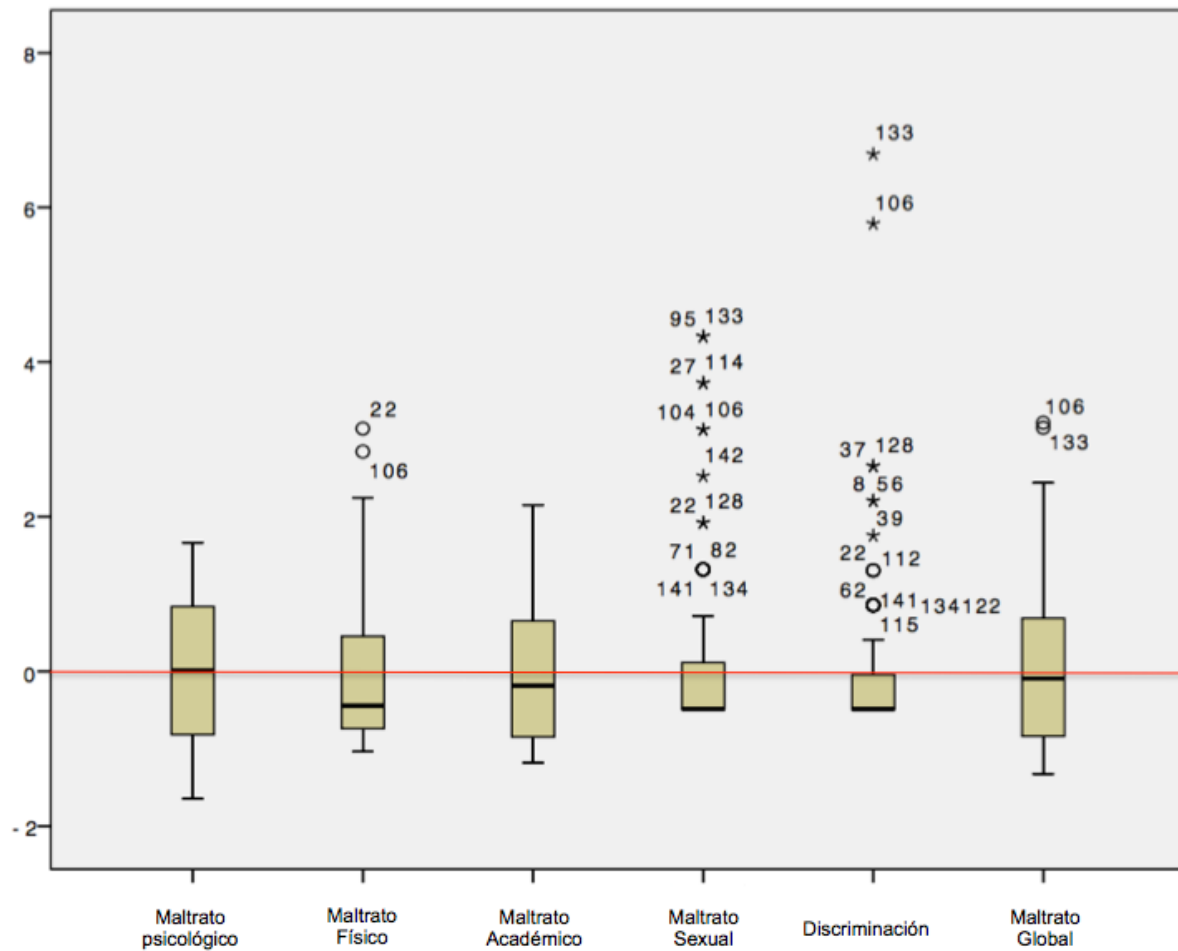
3.7 Análisis comparativo

3.7.1 Comparación de los diferentes tipos de maltrato.

Se agruparon las preguntas por tipo de maltrato y las respuestas en las tres categorías que se manejaron para el análisis de frecuencias y se asignaron puntuaciones para calcular posteriormente el Zscore de los diferentes tipos de maltratos y su distribución. Las categorías de respuestas recibieron las mismas que para el análisis de los tipos de maltrato con las siguientes puntuaciones:

- * Categoría 1: "nunca" y "rara vez": -1 punto
- * Categoría 2: "a veces": 0 puntos
- * Categoría 3: "frecuentemente" y "muy frecuentemente": 1 punto

Se graficó el Zscore obtenido para cada tipo de maltrato en la **gráfica 7.** de BoxPlot que se presenta a continuación. En cada caja aparece la mediana (línea central gruesa), la distribución del primer cuartil (caja debajo de la mediana) y del tercer cuartil (caja arriba de la mediana). La línea roja se trazó en el valor 0. Los valores extremos aparecen con círculo y asterisco con el número aleatorio de residente. A más positiva se encuentra la mediana, mayor maltrato.



Gráfica 7. Gráfica de tipo BoxPlot de los Zscores por tipo de maltrato

Se puede observar que algunos residentes califican con valores muy altos de varios tipos de maltratos como el residente 133 (maltrato global, discriminación, maltrato sexual). Se trata del residente que obtuvo 138 puntos de maltrato, el máximo valor de maltrato. Otros residentes con altos puntajes son el 106 y el 22.

3.7.2 Comparación por variable

Para tratar de identificar si existen algunas características de los residentes o de las residencias que se asocien con una mayor o menor frecuencia de ciertos tipos de maltratos, se realizó una prueba de ANOVA a una variable con los Zscores que se

calcularon para los análisis previos. Las diferencias se consideraron significativas cuando se encontró un valor de $p \leq 0.05$. Se agruparon las respuestas en categorías binarias para cada variable independiente. Las variables dependientes fueron los diferentes tipos de maltrato : psicológico, físico, académico, sexual, discriminación y el maltrato global. Los resultados se presentan en la **tabla 14**.

Variables independientes

	Edad	Especialidad	Sexo	Religión	Dependientes económicos
Variables dependientes	< vs $\geq$ 30 años	Médica vs Quirúrgica	Hombre vs Mujer	Sí vs No practica	Sí tiene vs no
Maltrato Psicológico	p=0.31	p=0.02*	p=0.40	p=0.14	p=0.17
Maltrato Físico	p=0.32	p=0.01*	p=0.18	p=0.70	p=0.78
Maltrato Académico	p=0.65	p=0.13	p=0.08 [#]	p=0.08 [♦]	p=0.52
Maltrato Sexual	p=0.79	p=0.85	p=0.96	p=0.50	p=0.32
Discriminación	p=0.87	p=0.28	p=0.65	p=0.43	p=0.43
Maltrato global	p=0.51	p=0.09**	p=0.24	p=0.16	p=0.46

* mayor en especialidades quirúrgicas

** tendencia mayor especialidades quirúrgicas

[#] tendencia mayor en hombres

[♦] tendencia mayor en los que no practican ninguna religión

Tabla 14. ANOVA a una variable con Zscore. Significancia $p \leq 0.05$

Se puede observar que no se encontraron diferencias significativas en la edad (mayor o menor a 30 años), por lo que podemos deducir que no se presentan más maltratos en residentes más jóvenes o más grandes. En cuanto a las especialidades, se dividieron en quirúrgicas y médicas (incluyendo especialidades y subespecialidades). Existe una diferencia significativa en los maltratos psicológicos ($p=0.02$) y físicos ($p=0.01$), siendo estos mayores en las especialidades quirúrgicas. En cuanto al sexo, ningún resultado

alcanzó significancia estadística, sin embargo, podemos observar una tendencia a un mayor maltrato académico ($p=0.08$) en los hombres. En los general, a excepción de la discriminación, los puntajes de todos los tipos de maltrato fueron más altos en hombres que en mujeres. Si dividimos a los residentes en base a su reporte de práctica religiosa en practicante (independientemente de qué religión se trate) y no practicante, no se encuentran diferencias significativas, sin embargo, en el maltrato académico, se obtuvo un valor de $p=0.08$, lo cual indica cierta tendencia a que los residentes que no practican ninguna religión tengan una mayor percepción de maltratos académicos. En maltrato global, aunque tampoco alcance significancia ($p=0.16$), la tendencia es similar. El tener dependientes económicos no está relacionado con un incremento o una disminución de ningún tipo de maltrato en comparación con los que no tienen dependientes económicos.

Cuando se compararon los diferentes tipos de maltratos por año de residencia, estado civil y el tener o no hijos o estar dado de baja o activo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Después de hacer el análisis por tipo de maltrato, es decir agrupando todas las preguntas relacionadas con cada tipo de maltrato: psicológico, físico, académico, de tipo sexual, discriminación y global, se procedió a hacer el análisis de diferencias significativas por pregunta en diferentes tipos de variables. Para ello, se usaron los Zscores obtenidos según el mismo criterio que para las pruebas anteriores y de aplicaron pruebas no paramétrica de muestras independientes, de Kruskal-Wallis con resultados de estadística descriptiva. Se consideró diferencia estadísticamente significativa con $p \leq 0.05$

1. Comparación por año de residencia: se agruparon los dos primeros años de la residencia troncal y se compararon las respuestas con el grupo los dos últimos

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **residentes de los primeros años** que de los últimos ($p < 0.05$) en la pregunta:

- *¿Lo han obligado a dar aportaciones, cuotas o cooperaciones económicas para condicionar calificaciones, o ciertos beneficios durante la residencia?*

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **residentes de los últimos años** que de los primeros ($p < 0.05$) en las preguntas:

- *¿Ha sido expuesto a lenguaje vulgar o agresivo con contenido sexual?*
- *¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas, como ir al baño, como castigo?*

2. Comparación por año de residencia: se agruparon los años de la residencia troncal y se comparó con los años de subespecialidad

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **especialidades troncales** que en las subespecialidades ($p < 0.05$) en las preguntas:

- *¿Ha sido responsabilizado por errores de otros?*
- *¿Ha recibido solicitudes de encubrimiento de fallas de superiores?*
- *¿Ha recibido golpes o empujones?*

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **subespecialidades** que en las especialidades troncales ($p < 0.05$) en las preguntas:

- *¿Ha recibido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?*
- *¿Ha sido limitado en la asignación de plaza de residencia o cargos académicos por tener hijos o otros dependientes económicos?*
- *¿Ha sido víctima de robo o daño a sus objetos personales dentro del hospital?*
- *¿Ha sido obligado a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo?*

3. Comparación por tipo de especialidad: se agruparon las diferentes especialidades en Médicas y Quirúrgicas

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **especialidades quirúrgicas** que para especialidades médicas ($p < 0.05$) en las preguntas:

- *¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?*
- *¿Ha sido expuesto a material pronográfico en contra de su voluntad?*
- *¿Ha sentido la obligación de tener relaciones sexuales no consentidas?*
- *¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su nivel socioeconómico?*

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **especialidades médicas** que para especialidades quirúrgicas en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha sido limitado en la asignación de plaza de residencia o cargos académicos por tener hijos o otros dependientes económicos?*
- *¿Le han negado acceso a enseñanza (sesiones, clases, conferencias, etc...) como castigo?*

4. Comparación por estado civil: se agruparon los diferentes estados civiles en casados y no casados y se compararon ambas categorías

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **casados** que para no casados en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha recibido golpes o empujones?*
- *¿Ha recibido sobrecarga de trabajo como castigo?*
- *¿Le han negado acceso a enseñanza (sesiones, clases, conferencias, etc...) como castigo?*

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **no casados** que para casados en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha recibido solicitudes de encubrimiento de fallas de superiores?*
- *¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?*
- *¿Ha sido expuesto a lenguaje vulgar o agresivo con contenido sexual?*
- *¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su cultura o grupo étnico?*
- *¿Lo han obligado a realizar procedimientos que van en contra de su consciencia?*

5. Comparación por sexo: se compararon los resultados de cada pregunta entre hombres y mujeres

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **mujeres** que para hombres en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha recibido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?*
- *¿Ha sentido la obligación de tener relaciones sexuales no consentidas?*
- *¿Ha sido limitado en la asignación de plaza de residencia o cargos académicos por tener hijos o otros dependientes económicos?*

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **hombres** que para mujeres en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha sido víctima de robo o daño a sus objetos personales dentro del hospital?*

6. Comparación por tener o no hijos: se compararon los resultados de cada pregunta entre residentes con hijos y residentes sin hijos

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **residentes con hijos** que sin hijos en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha recibido descalificación reiterativa de su trabajo?*
- *¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su nivel socioeconómico?*

- *¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas, como ir al baño, como castigo?*
- *¿Ha sido obligado a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo?*

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **residentes sin hijos** que con hijos en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su religión o de sus creencias?*
- *¿Ha sido amenazado de baja del programa de residencias por enfermedad o condición física o enfermedad mental tratable y que no represente un riesgo para los pacientes?*

7. Comparación por tener o no dependientes económicos: se compararon los resultados de cada pregunta entre residentes con y sin dependientes económicos

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para residentes **con dependientes económicos** que sin dependientes económicos en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas, como ir al baño, como castigo?*
- *¿Ha sido obligado a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo?*

- *¿Han usado su trabajo sin darle el crédito correspondientes, en beneficio de otra persona?*

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **residentes sin dependientes económicos** que con dependientes económicos en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha recibido solicitudes de encubrimiento de fallas de superiores?*
- *¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?*

8. Comparación por estatus en la residencia: el grupo de los residentes dados de baja se comparó con los residentes activos

El puntaje de maltratos se encontró significativamente mayor para **residentes dados de baja** que para residentes activos en las preguntas ($p < 0.05$):

- *¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?*
- *¿Ha sido expuesto a lenguaje vulgar o agresivo con contenido sexual?*
- *¿Ha recibido golpes o empujones?*
- *¿Lo han obligado a dar aportaciones, cuotas o cooperaciones económicas para condicionar calificaciones, o ciertos beneficios durante la residencia?*

No hubo ningún reactivo que mida maltrato que reporte una mayor puntuación de maltrato en residentes activos que en residentes dados de baja. Lo cual nos puede hacer deducir que los maltratos pudieron haber sido motivo o por lo menos haber tenido una relación directa con las bajas.

En la **tabla 15** se presentan todas las preguntas de la encuesta para las cuales hubo un

diferencia estadísticamente significativa según las características de los residentes.

Preguntas	Diferencia significativa con puntajes de maltrato mayores para:
¿Ha sido responsabilizado por errores de otros?	Especialidades troncales
¿Ha recibido solicitudes de encubrimiento de fallas de superiores?	Especialidades troncales Residentes no casados Residentes sin dependientes económicos
¿Ha recibido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?	Subespecialidades Mujeres
¿Ha recibido descalificación reiterativa de su trabajo?	Residentes que tienen hijos
¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?	Especialidades quirúrgicas Residentes no casados Residentes sin dependientes económicos Residentes dados de baja
¿Ha sido expuesto a lenguaje vulgar o agresivo con contenido sexual?	Residentes de años avanzados de especialidades troncales Residentes no casados Residentes dados de baja
¿Ha sido expuesto a material pornográfico en contra de su voluntad?	Especialidades quirúrgicas
¿Ha sentido la obligación de tener relaciones sexuales no consentidas?	Especialidades quirúrgicas Mujeres
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su nivel socioeconómico?	Especialidades quirúrgicas Residentes que tienen hijos
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su cultura o grupo étnico?	Residentes no casados
¿Ha sido limitado en la asignación de plaza de residencia o cargos académicos por tener hijos o otros dependientes económicos?	Subespecialidades Especialidades médicas Mujeres
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su religión o de sus creencias?	Residentes sin hijos
¿Lo han obligado a realizar procedimientos que van en contra de su consciencia?	Residentes no casados
¿Ha sido amenazado de baja del programa de residencias por	Residentes sin hijos

enfermedad o condición física o enfermedad mental tratable y que no represente un riesgo para los pacientes?	
¿ Ha recibido golpes o empujones?	Especialidades troncales Residentes casados Residentes dados de baja
¿Ha sido víctima de robo o daño a sus objetos personales dentro del hospital?	Subespecialidades Hombres
¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas, como ir al baño, como castigo?	Residentes de años avanzados de especialidades troncales Residentes que tienen hijos Residentes con dependientes económicos
¿Lo han obligado a dar aportaciones, cuotas o cooperaciones económicas para condicionar calificaciones, o ciertos beneficios durante la residencia?	Residentes de primeros años de especialidad troncal Residentes dados de baja
¿Ha recibido sobrecarga de trabajo como castigo?	Residentes casados
¿Ha sido obligado a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo?	Subespecialidades Residentes que tienen hijos Residentes que tienen dependientes económicos
¿Han usado su trabajo sin darle el crédito correspondientes, en beneficio de otra persona?	Residentes que tienen dependientes económicos
¿Le han negado acceso a enseñanza (sesiones, clases, conferencias, etc...) como castigo?	Especialidades médicas Residentes casados

Tabla 15. Características principales de los residentes que obtuvieron diferencias significativas ($p < 0.05$) por pregunta en cuanto al puntaje de maltrato.

4. Capítulo IV: Análisis y discusión

4.1 Análisis

Los maltratos percibidos durante la residencia y reportados en este estudio son muy presentes y diversos. El 83.9% de los residentes refieren haber sido víctimas de maltrato durante la residencia. Dominan los maltratos psicológicos, al igual que lo reportado en la literatura (Cook & Walter, 1996) (Crutcher & et al., 2011) (Fnais, et al., 2014) (Mejía, Diego, & Lasala, 2005) (Bastias, Fasce, Ortiz, Pérez, & Schaufele, 2011). La humillación, la falta de respeto por el trabajo, la responsabilización por errores de otros, los gritos son muy frecuentes durante la residencia. Un dato revelador de la espiral de violencia, del círculo vicioso que se genera al reproducirse el esquema maltratado se vuelve maltratador (como se ha descrito ampliamente en la violencia intrafamiliar), es que la pregunta de maltrato psicológico que obtuvo el porcentaje más alto de respuesta “frecuentemente” y “muy frecuentemente” (60.1%) es: “¿Ha recibido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?”. Si se toma en cuenta además que los principales responsables de los maltratos son los residentes de jerarquía superior, todo parece indicar que después de haber sufrido maltratos al ingresar a la residencia, los mismos residentes maltratan a los residentes de menor rango a modo de venganza. Si lo padecieron, consideran que es normal que los demás lo padezcan y se puede interpretar como algo normal, parte integral del entrenamiento clínico. Como consecuencia, es menos probable que se reporten ante las autoridades competentes estos maltratos. De hecho, dos tercios de los residentes no reportan los maltratos, al no reportarlos, se subestima el problema a nivel de las instituciones hospitalarias y educativas.

Aun que se exploró con una sola pregunta la obligación de realizar procedimientos que van en contra de su conciencia, no parece ser un problema de peso muy importante entre los maltratos psicológicos (solamente poco más del 10% de los residentes lo reportaron, el porcentaje más bajo de esta categoría). Sin embargo para ese 10% de residentes y en especial para los 4.2% que son confrontados frecuentemente o muy frecuentemente a ese problema, se puede generar un conflicto psicológico y moral importante. Entorno a este concepto, y dado que la libertad de conciencia está ligada estrechamente con las creencias personales y religiosas de las personas, es interesante ver que la discriminación por esos motivos fue reportada como frecuente o muy frecuente solamente en el 3.5% de los residentes. Desde el punto de vista bioético, en acuerdo con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 24 y 29 del Capítulo I) que reconoce la libertad de conciencia, se considera relevante estudiar cómo poder ofrecer a los residentes el acceso la objeción de conciencia sin afectar la atención de los pacientes y evitando los abusos de esta figura, por conveniencia. Hasta este momento, la objeción de conciencia no es reconocida para los residentes en México.

En relación al maltrato físico, es menos frecuente que el psicológico, afortunadamente, sin embargo, se identifican dos rubros más altos que están relacionados con dinero. El primero referente a los robos dentro de los hospitales (cerca del 60% de los residentes ha sido víctima de robos) y el segundo referente a la obligación de aportar cuotas o hacer pagos a personas del hospital para obtener beneficios en la residencia (36%). Este último punto es significativamente mucho más común en residentes de los primeros años que en

residentes de años más avanzados. Si tomamos en cuenta que la remuneración que perciben los residentes mensualmente es en promedio \$10,000 y considerando que el 42% de ellos tienen dependientes económicos y que los estudios de especialidad son largos, identificamos otro problema importante: las condiciones de precariedad económica de los residentes que puede generarles mayores preocupaciones que las inherentes a su actividad hospitalaria. Junto con los actos de corrupción que se presentan en el ámbito económico, podemos mencionar el plagio o el uso de los trabajos de los residentes por médicos de mayor jerarquía (sin otorgar el reconocimiento correspondiente), los cuales son reportados por cerca de 50% de los residentes. El daño moral que se hace en esas situaciones puede incrementar con justa razón el sentimiento de injusticia, el enojo, la frustración de los residentes así como su agresividad, los cuales son de las principales consecuencias de maltratos reportadas (79%). Por supuesto que es esa situación, los principios éticos de justicia y de beneficencia que el maestro debe moralmente a su alumno, se ven muy afectados.

Por otro lado, los castigos físicos que se imponen a los residentes afectan directamente su dignidad y los exponen a desarrollar enfermedades o padecimientos que podrían ser prevenibles. Llama la atención que los castigos se viertan hacia las necesidades básicas de todo hombre como la privación de tener acceso a un baño (21%), de alimentarse (35%) o de descansar (un tercio lo padece muy frecuentemente). Las guardias de castigo siguen siendo una forma de castigo común para dos tercios de los residentes encuestados, a pesar de estar prohibidas en la Norma Oficial Mexicana (Secretaría de Salud, Estados Unidos Mexicanos, 2013). De no existir un mecanismo eficiente de control de la aplicación

de las normas, -las cuales de han diseñado con la intención de preservar la integridad y proteger la dignidad de los residentes-, los residentes se encuentran muy desprotegidos, vulnerables y dispuestos a soportar tratos inhumanos para no perder su plaza difícilmente conseguida y sin la cuál no podrá aspirar a ser el especialista que desea ser.

Aunque poco descrito en la literatura, el maltrato académico es muy relevante para este estudio. Además de las guardias de castigo ya mencionadas, la sobrecarga de trabajo afecta directamente a más de dos tercios de los residentes. Esta sobrecarga se usa como castigo, con el alto riesgo de hacer cometer más errores a los residentes, por lo cuál reciben una aún mayor carga de trabajo. Este círculos vicioso es difícil de romper. Por otro lado, a pesar de estar en una etapa de formación que requiere de supervisión como lo estableció el Dr. Halsted desde los inicios de la residencia en el siglo XIX, por un lado, les exigen conocimientos y destrezas que no les han enseñado (a expensas de la seguridad del paciente) en más de 50% de los residentes y por otro, les niegan acceso a enseñanza y diferentes escenarios de aprendizaje como castigo, lo cuál contribuye nuevamente a reducir la calidad de la enseñanza de especialidad, en detrimento de los pacientes finalmente.

Las consecuencias de los maltratos sobre los residentes puede afectarlos a largo plazo. Sobre el impacto de los maltratos el es estudio de Silver y Glicken es impactante (Silver & Glicken, 1990). Desde 1990, describieron las altas tasas de abusos (46.4%) entre los estudiantes de medicina , de los cuales, el 80% fueron por residentes de mayor jerarquía y con consecuencias importantes. Más de dos tercios de los que refirieron haber sufrido abusos dicen que fueron de gran

impacto y muy alteradores, el 50% considera que el impacto negativo del evento reportado duró por más de un mes y el 16% que los sigue afectando.

Este como cualquier tipo de maltrato interfiere con la dignidad intrínseca de las personas, la cuál está custodiada por todos los tratados referentes a los Derechos Humanos y en especial por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Esos derechos fundamentales de todos los miembros de la familia humana no son negociables, son universales e inalienables. Muestran el ideal que quiere alcanzar la humanidad. Los médicos y aun más los médicos especialistas representan un grupo social muy privilegiado por su educación, su papel fundamental en la promoción de la salud, su liderazgo en numerosos campos. Su vida debe ser entrega de sus conocimientos y de todo su ser a las personas de las más vulnerables de la sociedad que son los enfermos. Antes que cualquier otra persona, el médico debería ser el custodio de los Derechos Humanos, uno de los principales interesados e involucrados en su defensa. ¿Cómo va a ser esto posible si su formación hospitalaria está desviada hacia la violación de los derechos humanos básicos de sus propios colegas, alumnos? Y finalmente pacientes. Tristemente pero muy lógicamente, el 60% de los residentes reconoce que los maltratos tienen repercusiones negativas en la calidad de la atención de sus pacientes. ¿Cómo esperar de ellos que tengan empatía, paciencia, que estén en condiciones de dar una atención óptima a sus pacientes si están humillados, cansados, deprimidos, angustiados, agotados, hambrientos, enojado, frustrados, si 20% de ellos consume alcohol en exceso y 10% consume drogas, si 73% de ellos tuvo un deterioro significativo de sus relaciones sociales y familiar y no cuenta con ese apoyo?

El maltrato sexual no tuvo una prevalencia elevada en comparación con los demás tipos de maltratos (16% para acoso, 22% para exposición a lenguaje vulgar o de contenido sexual). Se esperaban resultados más altos ya que varios estudios internacionales lo reportan entre 30% y 72% (Komarony, Bindman, Haben, & Sande, 1993) (McNamara, Whitley, Sanders, & Andrew, 1995) (Li, Grant, & Cowan, 2010). Sin embargo, es posible que haya cierta reserva por parte de los residentes para reportar esos problemas dado el nivel de intimidad que implica.

La discriminación tampoco fue muy elevada pero como era de esperar, la principal modalidad de discriminación es la de género que afecta a cerca de 20% de los residentes. De hecho, un criterio de selección para plazas de residencia claramente discriminatorio es la solicitud de realización de prueba de embarazo: 19.3% de las mujeres la tuvieron que hacer, entre las que obtuvieron plaza, es decir que no es posible medir a las residentes que no ingresaron a la residencia por ese posible motivo. Este dato va de la mano con las amenazas de baja de la residencia en caso de embarazo en el 25% de las mujeres.

Cuando observamos los motivos por los que los residentes no reportan los maltratos, los puntajes más altos están relacionados con el miedo a sufrir consecuencias negativas como castigos, represalias, injusticias, empeoramiento de las cosas. Claramente, no encuentran en el sistema actual de reporte, el apoyo que esperarían. En este punto podemos encontrar un área de oportunidad. A pesar de no reportar mucho los maltratos, los residentes tienen la necesidad de hablar de su situación y lo hacen principalmente con otros residentes o con amigos y familiares. Llama la atención que las autoridades que

deberían regular y hacer aplicar la norma, muy rara vez son los interlocutores de los residentes.

Al igual que en la literatura, en las especialidades quirúrgicas se encontraron mayores niveles de maltratos psicológicos y físicos, incluyendo los comentarios ofensivos sobre el cuerpo, la exposición a pornografía, la obligación de tener relaciones sexuales no consentidas, la discriminación por nivel socioeconómico; mientras que el maltrato académico se observa más comúnmente en hombres que en mujeres y en alumnos que no practican ninguna religión.

Los principales problemas bioéticos identificados al hacer el análisis de estos resultados giran entorno a la dignidad de los residentes por los motivos expuestos anteriormente. La dignidad es el fundamento de todos los derechos humanos y cuando se ve afectada por los maltratos, un gran número de esos derechos son negados, como es el caso de varios de los derechos de la carta de los derechos generales de los médicos (CONAMED), entre los cuales se encuentra el derecho a ser tratado con respeto en el artículo 5: “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”, el derecho a tener acceso a la educación continua y docencia en los artículos 6 y 7: “Tener acceso a educación medica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional” y “Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión”.

4.2 Discusión

Una de las limitaciones del estudio fue la baja tasa de respuesta, la cual no nos permitió alcanzar el tamaño de muestra para tener la solidez estadística deseada. Conscientes de esta situación, se está obteniendo una muestra adicional en la misma población para poder validar los resultados obtenidos. Existen varias posibles explicaciones a la baja tasa de respuesta: problema de actualización de las bases de datos de correos (se trabajará en un convenio con la Universidad Autónoma del Estado de México para mejorar el manejo de las mismas). Los residentes que recibieron la encuesta pueden no haber contestado porque: no les llegó el correo, les llegó a un correo institucional que no consultan, no tenían interés en contestar, no tenían tiempo de contestar, recibieron presiones para no contestar, pensaron que no ganarían nada, tuvieron dificultades técnicas para contestar. Se realizarán algunas entrevistas a residentes del Estado de México para tratar de identificar el problema. Por otro lado, es posible que los residentes que este tamaño de muestra implique un sesgo de selección, es decir que los residentes que contestaron la encuesta hayan sido los que más han sufrido de maltratos y hayan estado más interesados en contestarla. Este sesgo se podría evitar con la segunda muestra comparativa que se hará en un tiempo posterior en la misma población. En cuanto a la metodología, se podría definir con mayor precisión el periodo que se debe considerar para contestar (es decir que reporten los maltratos sufridos durante toda la residencia o durante el último año de residencia). Esta última propuesta podría evitar tener un efecto acumulativo que se podría haberse presentado para los alumnos más avanzados en la residencia.

Entre las fortalezas del estudio, se puede destacar que es una encuesta amplia que permite obtener información muy completa y valiosa sobre aspectos muy diversos de los maltratos. Los comentarios abiertos demostraron el gran interés de los residentes de conocer los resultados de la encuesta y el agradecimiento que manifestaron al saberse escuchados.

Un tema de reflexión valioso es la situación de las mujeres en la medicina, en especial en relación con los maltratos y la discriminación que observamos en este estudio. El trabajo de Mónica Reyes (Reyes Riveros, 2012), menciona que a pesar de la proporción creciente de mujeres en los estudios médicos y en el ejercicio de la medicina, las mujeres encuentran retos muy particulares a su género durante sus estudios. La autora realizó un estudio cualitativo por método etnográfico en 14 residentes de especialidades médico-quirúrgicas encontrando que existen prejuicios negativos que las afectan en relación a sus capacidades, requieren adquirir actitudes masculinas, no las aceptan en algunas especialidades de manera tácita (en especial en las especialidades quirúrgicas), reciben comentarios sexistas, y no denuncian el maltrato que sufren. Este análisis coincide con uno de los comentarios libres de la encuesta en el que la residente comentaba que se le ha negado acceso a ingresar a procedimientos quirúrgicos por ser mujer.

Al realizar la investigación, una pregunta clave fue tratar de identificar qué hace diferente la carrera de medicina de otras carreras ya que en esas diferencias se encontraron explicaciones (aunque no justificaciones) a ciertos tipos de maltratos. Al observar que los maltratos encontrados en el Estado de México han

sido descritos con alguna variación pero globalmente similar en muchos otros países, se puede pensar que sí son específicos de la carrera de medicina. Un estudio de investigadores de la Universidad finlandesa de Oulu demostró que los maltratos son comunes entre estudiantes de diferentes facultades (Ingeniería, Ciencias, Pedagogía, Humanidades y Medicina), sin embargo, los estudiantes de medicina reportaron frecuencias muchos más altas de todos los tipos de maltratos que los estudiantes de las demás áreas de conocimiento. El fenómeno parece ser internacional y como parte de la “tradición” educativa en medicina. (Rautio, Sunnari, Nuutinen, & Laitala, 2005)

Además de las características particularmente adversas del ambiente hospitalario, se encontraron datos específicos de educación médica particularmente interesantes. En Colombia, en el artículo de reflexión “La letra con sangre entra”: el maltrato en la formación médica, la Dra. Cortés (Cortés Barré, 2010) atribuye a dos principales causas los maltratos ejercidos sobre los residentes durante su formación. La primera es la falta de formación pedagógica ya que todavía ven el maltrato como una herramienta didáctica aceptable y efectiva para fomentar el aprendizaje como lo demuestra Musselman en entrevistas con residentes (Musselman, MacRae, Reznick, & Lingard, 2005). La segunda son las características propias del entorno hospitalario que colocan al residente en prioridad en sus responsabilidades laborales y no en las académicas que se vuelven de menor importancia, la relación docente / estudiante se transforma en relación de supervisor / inexperto. Aunque se sabe que el maltrato afecta el aprendizaje de los residentes (Cook & Walter, 1996), y que los estudiantes aprenden mejor si el ambiente educativo no está lleno de

temores, conflictos y frustraciones (Musselman, MacRae, Reznick, & Lingard, 2005), persiste en el mundo médico, la creencia de que se aprende mejor bajo estrés. (Cas; Ortiz-León, Jaimes-Medrano, Tafoya-Ramos, Mujica-Amaya, Olmedo-Canchola, & Carrasco-Rojas, 2014)

Para contrarrestar esta creencia podemos examinar el estudio que realizó el Dr. Francisco González sobre la satisfacción educativa de los residentes en el Hospital General en la ciudad de México (González-Martínez, García-García, Arnaud-Viñas, Arámbula-Morales, Uriega-González Plata, & Mendoza-Guerrero, 2011). Una de las conclusiones del estudio es que, lejos de encontrar que para aprender, los residentes consideran que deben estar sometidos a estrés, el factor clave es la calidad del profesor titular de los cursos, tanto del punto de vista médico (competencia) como ético y educativo.

Los doctores Consejo y Chapela reconocen en su artículo del 2005 (Consejo y Chapela & Viesca Treviño, 2005), la importancia de la formación ética y moral de los residentes a través del ejemplo de sus profesores. El ejemplo de los profesores puede ser positivo o negativo. El análisis del sociólogo francés Pierre Bourdieu al respecto es muy interesante. Existe una capacidad de adaptación de los estudiantes a un medio hostil como es el hospital, adquieren conocimientos en forma consciente e inconsciente (doxa). Cuando llegan al hospital, viven una “desidealización” de la medicina en contacto con la realidad hospitalaria y muchas veces una “desidealización” de los médicos modelos y ejemplos, al darse cuenta de la complejidad de las situaciones de contenido ético y pueden ser moldeados hacia un modelo que ellos no aprueban inicialmente. De ser maltratados, pueden volverse maltratadores.

En un análisis sociológico de la génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México (Castro, 2014), Castro demuestra que este problema se gesta desde las escuelas de medicina y la residencia. Las consecuencias que han sido ampliamente reportadas en diversos medios en los últimos meses son los maltratos de pacientes en servicios de ginecología y obstetricia. La autora concluye en la necesidad de reestructurar el campo médico y desarrollar a la par, la ciudadanía de las usuarias de los servicios de salud.

Para concluir la discusión es fundamental advertir sobre un riesgo de abuso de la victimización de los residentes para obtener beneficios individuales como puede ser una menor carga de trabajo, evitar algunas tareas específicas, tener ganancias económicas, etc... De igual manera que los maltratos, esos abusos se deben combatir. La prioridad de las instituciones de salud debe ser la atención de los pacientes y la formación de recursos humanos, en un frágil equilibrio para lograr lo mejor ambos objetivos. Si la formación de recursos humanos no es óptima, tampoco lo será la atención de los pacientes, y es cierto también al revés. Del mismo modo, el residente debe estar comprometido con el aprendizaje y la adquisición de competencias de especialidad al mismo tiempo que debe estar comprometido con la atención de los pacientes. Como profesión de servicio a los demás, la competencia profesional, la vocación y la actitud de servicio en ambas misiones es la base del sistema de salud del país. La formación médica en México, además de la docencia y la asistencia a la población enferma, debería aspirar también a generar nuevos conocimientos a través de la investigación.

Conclusiones

Los maltratos durante la residencia en el Estado de México son muy frecuentes y los resultados obtenidos son similares a los que se encuentran reportados en la literatura. Desde el punto de vista bioético se pueden identificar diferentes temas de interés, el primero relacionado con los derechos humanos asentados en nuestra Constitución Política y de los cuales deberían gozar los residentes, como toda persona. Claramente, los maltratos afectan la dignidad que no se ve custodiada durante su formación. La Norma Oficial Mexicana que regula las residencias médicas pretende proteger esa dignidad incluyendo entre otros, el derecho a recibir enseñanza de calidad en un ambiente respetuoso, tener acceso a condiciones básicas de vida (vestimenta, alimentación, descanso); también prohíbe las guardias de castigo, las cuales siguen siendo frecuentes. A pesar de existir una norma acorde con el respeto de los derechos humanos, no se aplica adecuadamente. Por otro lado, la carta de los derechos generales del médico, basada en los principios de autonomía y en la dignidad, tampoco se respeta en varios apartados como el recibir un trato respetuoso y tener acceso a educación de calidad. La educación recibida en un ambiente de maltratos, no es apropiada; la capacidad de aprendizaje se ve afectada y por lo tanto, surge otro problema bioético relacionado con el principio de justicia hacia la población mexicana ya que la falta de eficiencia de la educación médica afecta la calidad de la atención de los pacientes, en un país con alta demanda de atención de salud que requiere una optimización de recursos económicos y humanos.

Recomendaciones

Para tratar de romper el círculo vicioso de los maltratos en las residencias médicas en México, se propone la creación de una comisión nacional que lleve a cabo un diagnóstico situacional, elabore e implemente una estrategia de prevención de los maltratos y de atención eficiente a los residentes maltratados.

Las propuestas concretas que emanan de este trabajo son las siguientes:

1. Extender el diagnóstico de los maltratos a nivel nacional y a internos de pregrado. Solamente conociendo a detalle el problema, se podrán encontrar medidas para generar un cambio. Este diagnóstico permitirá ajustar los puntos 2 y 3 a la realidad que viven los residentes. Aunque el maltrato en residentes sea un fenómeno global, reportado en muchos países del mundo, es necesario conocer a fondo la situación de cada país, la cual puede tener variaciones culturales importantes de considerar como lo menciona Ulusoy, al considerar la situación de la mujer médico en Turquía como una prueba de la necesidad de adaptación de las medidas implementadas a los problemas locales (Ulusoy, Swigart, & Erdemir, 2011)
2. Elaborar una política de prevención de los maltratos desde la Secretaría de Salud para romper con el círculo vicioso del maltrato. Deberá considerar:
 - Fomentar la confianza y el respeto entre estudiantes y profesores (Cortés Barré, 2010), por ejemplo formando a los residentes como profesores a través de las Universidades
 - Establecer espacios de enseñanza y aprendizaje adecuados y dignos, los cuales son indispensables para equilibrar mejor la relación asistencia / enseñanza en la residencia (Gordon, et al., 2000) (Brooks & Moriarty, 2006) (West, 2007);

- Reforzar la formación en bioética en los programas de residencias
 - Mantener programas de actualización en bioética para médicos adscritos en sesiones generales
3. :Atender a los residentes maltratados estableciendo un sistema de reporte seguro, eficiente y que tenga capacidad de sancionar de manera justa a los responsables de los maltratos procurando:
- Responsabilizar a las Universidades acreditadores de los programas de residencias del seguimiento de los residentes, detección temprana de los problemas y acción conjunta con el hospital para resolverlos.
 - Crear una línea de atención telefónica de confianza donde se puedan reportar los residentes, recibir apoyo emocional mediante unidades de apoyo psicológico a los residentes y asesoría sobre cómo proceder para tratar de resolver el problema inicialmente por la vía de la conciliación.
 - Elaborar un sistema de sanciones a los establecimientos hospitalarios donde se reportan quejas reiterativas de maltratos en residentes.

Bibliografía

Bibliografía

- Carrillo-Esper, R., & Gómez-Hernández, K. (2014). Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica. *Rev Invest Med Sur Mex* , 21 (4), 172-6.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología* , 76 (2), 167-197.
- Li, S., Grant, K., & Cowan, E. (2010). Residente experience of abuse and harassment in emergency medicine: ten years later. *J Emerg Med* , 38 (2), 248-52.
- CONAMED. *Carta de los derechos generales de los médicos*. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Consejo y Chapela, C., & Viesca Treviño, C. (2005). Editorial: Ética y poder: formación de residentes e internos. *Rev Med IMSS* , 43 (1), 1-3.
- Cook, D., & Walter, S. (1996). Residents' experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *CAN MED ASSOC J* , 154 (11), 1657-1665.
- Cortés Barré, M. (2010). "La letra con sangre entra": el maltrato en la formación médica. *Universitas Medica* , 51 (1), 43-48.
- Crutcher, & et al. (2011). Family medicine graduates' perceptions of intimidation, harassment and discrimination during residency training. *BMC Medical Education* , 11, 88.
- Baldwin, D., Daugherty, S., & Eckenfels, E. (1991). Student perception of mistreatment and harassment during medical school. A survey in ten United States school. *West J Med* (155), 140-5.
- Bastias, N., Fasce, E., Ortiz, L., Pérez, C., & Schaufele, P. (2011). Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev. Educ. Cienc. Salud* , 8 (1), 45-51.
- Beck, A. (2004). The Flexner Report and the Standardization of American Medical Education. *STUDENT JAMA* , 291 (17), 2139-40.
- Brooks, N., & Moriarty, A. (2006). Development of a practice learning team in the clinical setting. *Nursing Standard* , 20, 41-4.
- Fnais, N., Soobiah, C., Chen, M., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M., y otros. (2014). Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* , 89 (5), 817-27.
- Fried, J., Vermillion, M., Parker, N., & Uijtdehaage, S. (2012). Eradicating medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med* , 87 (9), 1191-8.
- González de Cossio Ortiz, M. (Febrero 2013). *Discapacidad y educación médica*. Secretaría de Salud, Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud. México: Academia Nacional de Educación Médica.
- González-Martínez, J. F., García-García, J. A., Arnaud-Viñas, M. d., Arámbula-Morales, E. G., Uriega-González Plata, S., & Mendoza-Guerrero, J. A. (2011). Evaluación de la satisfacción educativa de médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos, Academia Mexicana de Cirugía, A.C.* , 79 (2), 156-167.
- Gordon, F., Hazlett, C., Cate, O., Mann, K., Kilminster, S., Prince , K., y otros. (2000). Strategic Planning in medical education: enhancing the learning environment for students in clinical settings. *Med Educ.* , 34, 841-50.
- Herrera-Silva, J., Treviño-Moore, A., & Acosta-Corona, C. (2006). Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant. Mex* , 18-30.

Komarony, M., Bindman, A., Haben, R., & Sande, M. (1993). Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med* (328), 322-6.

McNamara, R., Whitley, T., Sanders, A., & Andrew, L. (1995). The extent and effects of abuse and harassment on emergency medicine residents. *Acad. Emerg. Med.* (4), 293-301.

Mejía, R., Diego, A., & Lasala, F. (2005). Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina* , 65, 295-301.

Morales-Carmona, F., & Sánchez Bravo, C. (2010). La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: Recomendaciones para su manejo. *Perinatología y reproducción humana* , 24 (3), 187-193.

Musselman, L., MacRae, H., Reznick, R., & Lingard, L. (2005). "You learn better under the gun": Intimidation and harassment in surgical education. *Med Educ* , 39, 926-34.

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

Ortiz-León, S., Jaimes-Medrano, A. L., Tafoya-Ramos, S. A., Mujica-Amaya, M. L., Olmedo-Canchola, V. H., & Carrasco-Rojas, J. A. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir* , 82, 290-301.

Pereda-Torales, L., & Márquez Celedonio, F. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental* , 32, 399-404.

Presidencia de la República, Estados Unidos Mexicanos. (1 de Abril de 1970). Ley Federal del Trabajo. *Diario Oficial de la Federación 30-11-2012* . México, Distrito Federal, México: Art. 353-A a E.

Presidencia de la República, Estados Unidos Mexicanos. (7 de Febrero de 1984). Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación 17-03-2015* . México, Distrito Federal, México.

Ramírez, A., & Medeiro, F. (2012). Alcances del síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. *Revista ANACEM* , 6 (2), 110-112.

Rautio, A., Sunnari, V., Nuutinen, M., & Laitala, M. (2005). Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ.* , 5, 36-47.

Reyes Riveros, M. (2012). *Experiencia durante la formación médica de las mujeres médicas residentes de la Universidad Nacional de Colombia. Perspectiva de género*. Tesis de especialidad, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, departamento de Psiquiatría, Bogotá.

Richardson-López Collada, V. (2006). Editorial: Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* , 63 (3).

Richardson-López Collada, V. Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex* , 63, 3.

Riger, S. (1991). Gender dilemmas in sexual harassment policies and procedures. *Amer Psych Assoc* , 46, 497-505.

Rivera Reyes, H. H. (2007). Historia de la Residencia Médica en el Hospital General de México de 1941 a 1988. *Revista Médica del Hospital General de México, S.S.* , 70 (1), 43-46.

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.

Sepúlveda-Vildosola, A., Flores-Pulido, A., López-Fuentes, C., & López-Aguilar, E. (2006). Non-satisfaction medical doctors during pediatric training. Prevalence and associated factors. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* , 44 (5), 423-32.

Silberman, P. (2013). Editorial: El problema de las residencias: cuando un modelo no alcanza a adaptarse a la realidad implica que hay que cambiar el modelo o la realidad. *Archivos de Medicina Familiar y General* , 10 (2), 5-6.

Silver, H., & Glick, A. (1990). Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA* , 263 (4), 527-32.

Stolovas, N., Tomasina, F., Pucci, F., Frantchez, V., & Pintos, M. (2011). Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Rev Med Urug* , 27, 21-29.

Ulusoy, H., Swigart, V., & Erdemir, F. (2011). Think Globally, act locally: understanding sexual harassment from a cross-cultural perspective. *Medical Education* , 45, 603-612.

West, R. (2007). Teaching in the clinical setting. *Psychiatry* , 70, 218-20.

Apéndices

1. Carta de aprobación del protocolo por el comité de investigación

27 de octubre de 2014

REF: CI-006-2014

DICTAMEN

Dra. Stéphanie Derive
PRESENTE

Estimada Dra. Derive:

Con relación a su proyecto de investigación titulado:

**Percepción del Maltrato durante la Residencia Médica en México: Análisis e
Implicaciones Bioéticas.**

El *Comité de Investigación* de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Panamericana dictaminó que

PROCEDE SU APROBACIÓN CON OBSERVACIONES MENORES

Anexamos las observaciones y sugerencias emitidas por el comité.

ATENTAMENTE



DR. ANTONIO VILLA ROMERO
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD PANAMERICANA

2. Carta de aprobación del protocolo por el comité de ética de la investigación



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

México D. F. 19 de diciembre del 2013

Asunto: Dictamen
Protocolo No. E1304

Dra. Stephanie Derive

PRESENTE

Con relación al protocolo No. E1304, turnado al Comité de Ética de Investigación de la Universidad Panamericana denominado:

**"PERCEPCIÓN DE MALTRATO DURANTE LA RESIDENCIA MÉDICA EN MÉXICO:
ANÁLISIS E IMPLICACIONES BIOÉTICAS"**

Hago de su conocimiento que después de hacer las correcciones solicitadas, y evaluarlo; el dictamen del Comité de Ética de la Investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana es el siguiente:

APROBADO

La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento. Los responsables del estudio se comprometen a cumplir con todas las disposiciones éticas nacionales e internacionales, así como a presentar al Comité cualquier enmienda, cambio o irregularidad detectada durante la aplicación del protocolo, así como de dar aviso al Comité de la finalización del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Francisco Javier Marcó Bach
Presidente del CEIUP

c.c.p. Dr. Antonio Rafael Villa, Presidente del Comité de Investigación UP.
c.c.p. Archivo CEIUP.

Percepción de maltrato durante la residencia en México

Se invita a los residentes de especialidades médicas y quirúrgicas a contestar el siguiente cuestionario de la manera más apegada a la realidad posible, tomando en cuenta exclusivamente las situaciones presentadas durante la residencia o en actividades directamente relacionadas con ella. El cuestionario es totalmente anónimo y confidencial. Se usará exclusivamente para fines de investigación. El tiempo aproximado para su llenado es de 20 minutos.

Nota: Al contestar y enviar el cuestionario, se asume que el residente da su consentimiento implícito para que los datos obtenidos se utilicen para la investigación y sus productos.

* Required

Fecha de nacimiento *

Month	Day	2014	11
-------	-----	------	----

Sexo *

- ☐ Hombre
- ☐ Mujer

Estado civil *

- ☐ Soltero(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Divorciado(a)
- ☐ Unión libre
- ☐ Viudo(a)
- ☐ Otro

Número de hijos *

- ☐ Ninguno
- ☐ Uno
- ☐ Dos
- ☐ Tres
- ☐ Más de tres

*¿Tiene dependientes económicos a su cargo? **

- ☐ Sí, uno
- ☐ Sí, más de uno
- ☐ No

*Año de residencia en el que se encuentra **

- ☐ R1
- ☐ R2
- ☐ Otro
- ☐ Dado de baja

*Especialidad en curso **

- ☐ Anatomía patológica
- ☐ Anestesiología
- ☐ Cirugía General
- ☐ Epidemiología
- ☐ Genética Médica
- ☐ Geriatria
- ☐ Ginecología y Obstetricia
- ☐ Imagenología
- ☐ Medicina de Rehabilitación
- ☐ Medicina de Urgencias
- ☐ Medicina del Trabajo y Ambiental
- ☐ Medicina Familiar
- ☐ Medicina Integrada
- ☐ Medicina Interna
- ☐ Oftalmología
- ☐ Otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello
- ☐ Pediatría
- ☐ Psiquiatría
- ☐ Traumatología y ortopedia
- ☐ Otra

☐ Ninguna por baja del programa

Sistema hospitalario en el que se realiza la residencia *

(Clasificación de instituciones de salud INEGI)

- ☐ IMSS
- ☐ ISSSTE
- ☐ PEMEX, SEDENA o SEMAR
- ☐ Institución de salud o seguridad social estatal
- ☐ Secretaría de Salud (SSA)
- ☐ Instituto Nacional de Salud
- ☐ Hospital privado
- ☐ Institución privada de beneficencia
- ☐ Otro

¿Practica alguna religión? *

- ☐ Si
- ☐ No

En caso afirmativo, ¿cuál?

- ☐ Católica
- ☐ Cristiana
- ☐ Judía
- ☐ Otra

¿Considera usted haber sido víctima de algún tipo de maltrato durante su residencia? *

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé

Maltrato verbal *

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Muy frecuentemente
¿Ha sido criticado o humillado públicamente por sus errores? (frente a pacientes o sus familiares, compañeros o desconocidos)	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha observado falta de respeto por su trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido responsabilizado por errores de otros?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido amenazado con algún perjuicio físico?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido gritos?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido castigos desproporcionados?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido solicitudes de encubrimiento de fallas de superiores?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido comentarios para aguantar maltratos porque otros los lograron aguantar?	☐	☐	☐	☐	☐

Maltrato físico *

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Muy frecuentemente
¿Ha recibido golpes o empujones?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido otra forma de violencia física?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido víctima de robo o daño a sus objetos personales dentro del hospital?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas, como ir al baño, como castigo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Le ha sido negado la posibilidad de alimentarse durante sus horas de trabajo como castigo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido privado de descanso o sueño durante las guardias como castigo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Lo han obligado a dar aportaciones, cuotas o cooperaciones económicas para condicionar calificaciones, o ciertos beneficios durante la residencia?	☐	☐	☐	☐	☐

Maltrato académico *

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Muy frecuentemente
¿Ha recibido guardias de castigo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido una sobrecarga de trabajo como castigo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido obligado a realizar procedimientos denigrantes o humillantes como castigo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido amenazas injustificadas de baja de la residencia?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido descalificación reiterativa de su trabajo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Han usado su trabajo sin darle el crédito correspondiente y en beneficio de otra persona?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido comentarios sobre su incapacidad para seguir sus estudios o para ser médico?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Le han exigido conocimientos o destrezas que no corresponden a su nivel de entrenamiento?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Le han negado el acceso a enseñanza (sesiones, clases, conferencias, etc...) como castigo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Le han negado contacto con paciente (ingreso a cirugías, procedimientos, pasos de visita, etc...) como castigo?	☐	☐	☐	☐	☐

Maltrato de tipo sexual *

Considerar las situaciones en las que las presiones pudieron haber representado directamente o indirectamente una amenaza a su residencia.

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Muy frecuentemente
¿Ha recibido comentarios ofensivos sobre su cuerpo o parte de él?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido expuesto a lenguaje vulgar o agresivo con contenido sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido expuesto a material pornográfico en contra de su voluntad?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido invitaciones insistentes o proposiciones explícitas no deseadas?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido víctima de difamación con contenido sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sentido la obligación de tener relaciones sexuales no consentidas?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido víctima de algún otro tipo de acoso o abuso sexual?	☐	☐	☐	☐	☐

Discriminación *

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4- Frecuentemente	5. Muy frecuentemente
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su nivel socioeconómico?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su género?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su cultura o grupo étnico?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido limitado en la asignación de plaza de residencia o cargos académicos por tener hijos o otros dependientes a su cargo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su religión o de sus creencias?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Lo han obligado a realizar procedimientos que van en contra de su conciencia?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido comentarios desagradables o negativos con respecto de su preferencia sexual?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido amenazado de baja del programa de residencias por enfermedad o condición física o enfermedad mental tratable y que no represente un riesgo para los pacientes?	☐	☐	☐	☐	☐

Discriminación en contra de las mujeres *

En caso de ser hombre, contestar "No aplica"

	1. Nunca	2. En una ocasión	3. En más de una ocasión	4. No aplica
¿Le han solicitado la realización de una prueba de embarazo para condicionar la obtención de una plaza de residencia?	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido dada de baja de un programa de residencia por estar embarazada?	☐	☐	☐	☐
¿Ha recibido amenazas de baja en caso de embarazarse en la residencia?	☐	☐	☐	☐

Consumo de alcohol y otras sustancias *

	1. Nunca	2. A veces	3. Rara vez	4. Frecuentemente	5. Muy frecuentemente
¿Ha sido presionado a consumir alcohol en contra de su voluntad?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Ha sido presionado a consumir sustancias ilícitas en contra de su voluntad?	☐	☐	☐	☐	☐

¿Quién es o quienes son las personas que ejercieron los maltratos? *

En caso de considerar no haber sufrido ningún tipo de maltrato, contestar "No aplica".

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Muy frecuentemente	6. No aplica
Residente de mismo año	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Residente de jerarquía superior	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jefe de residentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Médico de base	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jefe de servicio	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Responsable del programa académico	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Enfermera(o)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Personal administrativo del hospital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familiar de paciente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Otro	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Reporte del maltrato *

En caso de considerar no haber sufrido ningún tipo de maltrato, contestar "No aplica".

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Siempre	6. No aplica
¿Ha reportado los maltratos sufridos con alguna autoridad?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

*El o los motivos por los cuales no se reportaron fueron: **

En caso de considerar no haber sufrido ningún tipo de maltrato o haberlos reportado siempre, contestar "No aplica".

	1. De acuerdo	2. Parcialmente de acuerdo	3. En desacuerdo	4. No aplica
No era un verdadero problema.	☐	☐	☐	☐
Se trataba de un problema menor para el cual no había que preocuparse.	☐	☐	☐	☐
Reportarlo no habría cambiado nada.	☐	☐	☐	☐
Reportarlo habría empeorado las cosas.	☐	☐	☐	☐
Podía manejarlo solo/sola.	☐	☐	☐	☐
Reportarlo afectaría mi evaluación de la residencia.	☐	☐	☐	☐
Podría ser etiquetado al reportarlo.	☐	☐	☐	☐
No era necesario porque el problema se acabó.	☐	☐	☐	☐
Tenía miedo de que el reporte no se maneje de manera confidencial.	☐	☐	☐	☐
Podría haber recibido un castigo por reportarlo.	☐	☐	☐	☐
El problema no se habría manejado de manera justa al reportarlo.	☐	☐	☐	☐
No sabía con certeza a quien reportarlo.	☐	☐	☐	☐
No me iban a creer.	☐	☐	☐	☐
Tenía miedo de ser acusado y sufrir represalias.	☐	☐	☐	☐

¿Ha hablado con alguien de los maltratos sufridos? *

En caso de no haber sufrido ningún tipo de maltrato, contestar "No aplica".

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No aplica
-

¿Con quién ha hablado de los maltratos? *

En caso de no haber sufrido ningún tipo de maltrato, contestar "No aplica".

	1. Nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Muy frecuentemente	6. No aplica
Otro residente	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Jefe de residentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amigo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Familiar	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Médico del hospital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Administrativo	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autoridad del hospital	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autoridad universitaria	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autoridad de la Secretaría de Salud	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Terapeuta	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Muchas gracias por haber contestado la encuesta.

Si lo desea, dispone del siguiente apartado para comentarios libres.

Never submit passwords through Google Forms.

100%: You made it.