

Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido

Ana Carolina Sepúlveda-Vildósola,^a Alma Rebeca Mota-Nova,^b
Germán Enrique Fajardo-Dolci,^c L. Isabel Reyes-Lagunes^d

Workplace bullying during specialty training in a pediatric hospital in Mexico: a little-noticed phenomenon

Background: Workplace bullying (WB) is a hostile or intimidating behavior that is practiced against workers and has a negative impact on health, job performance, and the learning process. The objective was to research WB magnitude and its associated factors in Mexico.

Methods: Mixed method study. A survey was designed and administered to all the residents in a pediatric hospital in Mexico who agreed to participate. The survey was divided in two sections: a) resident self-reported events of workplace bullying and associated factors, b) situations and factors of abuse were interrogated in a targeted manner.

Results: 137 residents participated in the survey, out of which 32% spontaneously reported have been bullied, and 82.4% harassing behaviors in the targeted section. Personal factors that cause WB in this population were: gender, mental skills and physical appearance. Situations that predispose to harassment were: hierarchy, and lack of supervision. Teachers were more frequently the perpetrators. Factors identified as significant for WB were: being female, younger than 29, studying pediatrics, being unmarried, and having reported harassment spontaneously.

Conclusions: The frequency of WB and associated factors are similar to those reported by other authors. Half of the residents did not report spontaneously harassing events, but identified them in the targeted section, which suggests that they consider them as part of the “costumes and habits” during their medical training, or they consider them irrelevant.

Keywords Palabras clave

Medical residency	Residencia médica
Bullying	Intimidación
Stalking	Acoso obsesivo
Workplace violence	Violencia laboral

El acoso en ambientes educativos (*bullying*) o laborales (*mobbing*) es una conducta que ha ido en aumento y México no es la excepción.¹ Sus consecuencias pueden ser catastróficas, dado que pueden incidir en que las víctimas de estos tipos de acoso lleguen incluso a suicidarse² o que incurran en homicidio. La violencia escolar es un fenómeno complejo y multicausal que incide en la convivencia social, dificulta el aprendizaje, y disminuye la motivación por aprender y el compromiso profesional;³ por su parte, el acoso laboral incide en que disminuya la satisfacción laboral⁴ y daña el autoconcepto de la persona afectada.^{5,6} Las consecuencias psicopatológicas en quienes sufren estos tipos de acoso son frecuentes,⁷ pues afectan de manera negativa la vida futura de estas personas, su estado de salud, sus relaciones sociales, así como su riqueza.⁸ Los adultos que sufren de acoso están en mayor riesgo de sufrir depresión y problemas cardiovasculares⁹ y tienen una mayor incidencia de incapacidades en el trabajo;¹⁰ si han sufrido de violencia física, pueden tener desorden por estrés postraumático.¹¹

Se entiende por *abuso* todo acto de lastimar intencionalmente a cualquier persona, ya sea de manera física o emocional; esto se caracteriza por la intención de agredir, además de que el comportamiento en el agresor es repetitivo, hay desbalance del poder, así como indefensión y ausencia de provocación por parte de la víctima.¹² Esta se caracteriza por su dificultad para relacionarse o su inhabilidad para reaccionar, algún rasgo físico peculiar, su orientación religiosa, sexual o su género; los agresores, por otro lado, son quienes tienden a presentar comportamientos violentos y sobresalen del grupo generalmente por su fuerza física, poder de intimidación o jerarquía; son dominantes, impulsivos, no siguen reglas, tienen poca tolerancia a la frustración y son desafiantes ante la autoridad. También hay un tercer componente, los testigos, quienes apoyan con su “pasividad” las acciones del victimario, lo que los convierte en parte activa del problema y les da un carácter colectivo.¹³ El acoso

^aUnidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud

^bServicio de Nefrología Pediátrica, Hospital de Pediatría

^cDirección de la Facultad de Medicina

^dFacultad de Psicología

^{a,b}Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social

^{c,d}Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad de México, México

Comunicación con: Ana Carolina Sepúlveda-Vildósola

Teléfono: 57610641

Correo electrónico: ana.sepulvedav@imss.gob.mx

Recibido: 15/04/2016

Aceptado: 15/08/2016

Introducción: el acoso laboral es una conducta intimidatoria que se practica contra el trabajador e impacta negativamente en el estado de salud, el desempeño laboral y el aprendizaje. El presente trabajo investiga su magnitud y sus factores asociados en México.

Métodos: metodología mixta. Se diseñó y aplicó una encuesta a los residentes de un hospital pediátrico de México que aceptaron participar. Se dividió en dos secciones: a) el residente reportó eventos de *mobbing* y factores asociados, b) se exploraron de manera dirigida situaciones de abuso documentadas en la literatura.

Resultados: participaron 137 residentes. De ellos, 32% reportó espontáneamente haber sufrido acoso, mientras que 82.4% lo refirió en el cuestionario dirigido. Los factores personales precipitantes fueron: sexo,

habilidades mentales y apariencia física. Las situaciones que predispusieron al acoso fueron jerarquía y falta de supervisión. Los profesores fueron los principales perpetradores, ocurrió más comúnmente en hospitalización. Se identificaron como factores significativos el sexo femenino, tener menos de 29 años, estudiar pediatría, ser solteros y haber reportado acoso de manera espontánea.

Conclusiones: la frecuencia de acoso es similar a la reportada por otros autores. La mitad de los residentes no reportaron espontáneamente eventos de acoso pero los identificaron en el cuestionamiento dirigido, lo que sugiere que consideran estos eventos como parte de “los usos y costumbres” durante su entrenamiento médico, o los consideran irrelevantes.

Resumen

puede ser descendente, ascendente u horizontal. La presentación de acoso laboral es más probable en organizaciones relativamente cerradas, cuya cultura interna considera el poder y el control como valores prioritarios sobre la productividad y la eficacia.¹⁴

Para Silver¹⁵ hay cinco tipos de abuso: verbal, físico, académico, sexual y discriminación de género. Otros autores refieren el abuso “relacional”, en el que la intención es perjudicar las relaciones de la víctima con otros o dañar la reputación de esta.¹² Sin embargo, en los últimos años ha cobrado importancia con el desarrollo tecnológico el *cyberbullying*, entendido como el acoso a través de medios tecnológicos interactivos (correos electrónicos, foros de internet, mensajes de texto, redes sociales, entre otros).¹⁶

Al parecer el fenómeno se presenta de manera más frecuente en medicina que en estudiantes de otras facultades¹⁷ y se justifica debido al alto grado de responsabilidad que se tiene sobre la salud y vida de otras personas, ante lo cual un error no es tolerable.¹⁸ Estas conductas llegan a convertirse en una forma de socialización, similar a la de un culto, pues se origina en un ambiente controlado, de autoridad no cuestionada y se utilizan “juegos” como reglas legitimadas por alumnos y docentes como parte de una “cultura” que promueve una “actitud favorable para el aprendizaje y el desempeño laboral”.^{19,20}

Diversos estudios comprueban que el maltrato es una práctica común tanto en el pregrado²¹⁻²³ como en el periodo de especialización. En un estudio de revisión sistemática y metaanálisis que incluyó 177 trabajos realizados en Canadá, Estados Unidos, Irlanda, Israel, Australia, Chile, Reino Unido, Holanda, Japón, Arabia Saudita y Pakistán se reportó una prevalencia de acoso durante la formación médica en pregrado de 59.6%, y de 63.4% en las especialidades.²⁴ El abuso verbal fue más frecuente en pregrado, mientras que la discriminación de género fue más común en posgrado. Asimismo, se reportó una mayor prevalencia de acoso

en países desarrollados (63.5%) que en países en desarrollo (48.7%).

En Latinoamérica, Bastías *et al.*²⁵ reportaron una cifra de 71.3% en Chile, y Stolovas *et al.*²⁶ un 69% en Uruguay. En Argentina se reportó un 89%.¹⁸ En México, en un estudio realizado en 2005 en dos hospitales formadores de pediatras en el norte del país se encontró una prevalencia de acoso en general de 93%, en la que predominó la violencia física y psicológica (32 y 15%, respectivamente), seguidas de la verbal (28%) y la sexual (3%). Se catalogó como violencia de máxima a extrema en 20% de los casos.²⁷

Diversos autores^{24,25} refieren a los médicos consultantes o profesores como los principales perpetradores. También se han reportado como acosadores los compañeros de mayor jerarquía, los pares y el personal de enfermería u otro personal de salud, pacientes o familiares.

En medicina se han identificado como factores de riesgo para ser víctima de acoso el sexo del alumno, su edad, ser soltero, el tipo de especialidad, la menor jerarquía o grado académico, el nivel sociocultural u origen étnico y el tipo de especialidad médica.^{11,24-26,28,29}

Las conductas de acoso descritas más frecuentemente en este ámbito son el menoscabo del trabajo, la humillación pública, amenazas, comentarios de menosprecio, críticas injustificadas, exclusión, la asignación de tareas irrealizables para “desbordar” al acosado, ocultación de información, difamación o trato vejatorio, insinuaciones u hostigamiento sexual, tomar el crédito por el trabajo de otro, gritos e insultos, incremento en horas de trabajo (guardia), o cambios sin previo aviso en actividades programadas. También se ha reportado violencia a la propiedad personal, bromas inapropiadas, retención de información, ignorar a la persona, negativas injustificadas de permisos, supervisión excesiva o nula, exigencias exageradas, hacer favores personales o exposición

a material pornográfico. La mayoría de los estudios concuerdan en que las agresiones verbales son las más frecuentes,^{11,18,24,26,30} aunque en su estudio acerca de la realidad mexicana, Herrera-Silva *et al.* se refieren en primer lugar a las agresiones físicas, seguidas de las psicológicas, las verbales y las sexuales.²⁷

Hasta en 10% de los casos ocurre agresión física con golpes y empujones.³¹ El acoso ocurre más comúnmente durante las rotaciones quirúrgicas, y luego en las rotaciones en los departamentos de medicina interna, urgencias y anestesia, o durante las actividades académicas o guardias.²⁷

Las consecuencias del acoso laboral durante la formación académica de una especialización incluyen la afectación del estado emocional, principalmente enojo, miedo o ansiedad, culpa, vergüenza, disminución de la satisfacción de realizar una residencia, disminución de la confianza como doctor, afectación del desempeño académico y la calidad de la atención que se les brinda a los pacientes, insatisfacción laboral, *burnout*, abuso de alcohol, drogas ilícitas o automedicación, ideación o intento suicida.^{32,33} Un estudio reporta que hasta 76% de los residentes recomendó a un familiar cercano no estudiar medicina por esta causa.³⁴

En general, en estos estudios se encontró que la víctima no reacciona para protegerse de las agresiones; sin embargo, algunas acciones descritas son ignorar la intimidación, contárselo a algún compañero, confrontar a la persona, presentar una queja ante las autoridades o una queja administrativa.³⁵ Los alumnos no reportan el incidente por no considerarlo serio, por temor a las consecuencias, por no saber cómo o con quién quejarse, porque pensaron que el problema desaparecería solo, porque los compañeros los convencieron de no hacerlo, o por considerar que no tiene ningún caso.³⁶

En México, se desconoce de manera objetiva la prevalencia y magnitud del problema, así como los factores asociados al mismo. La frecuencia de episodios de maltrato en las jefaturas de enseñanza es cada vez mayor y las consecuencias sobre los alumnos afectados incluyen episodios de ansiedad y depresión e incluso intentos de suicidio, así como abandono de los estudios de especialidad. Conocer el problema de manera más completa permitirá establecer medidas de prevención y manejo oportuno.

Métodos

El presente estudio se llevó a cabo en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Pediatría “Dr. Silvestre Frenk Freund” del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo comprendido entre diciem-

bre de 2013 y julio de 2014. Se utilizó metodología mixta (cualitativa-cuantitativa).

La recopilación de datos se llevó a cabo por medio de la aplicación de un instrumento anónimo diseñado en dos partes. En la primera sección se indagó de manera cualitativa (abierto) el reporte de situaciones de acoso vividas durante la formación del residente por medio del relato del evento. Posteriormente se sondeó la frecuencia y los factores que el residente considerara que estuvieran asociados al fenómeno. Se consideró acoso laboral cuando el evento ocurrió de manera repetitiva. En la segunda sección se preguntó intencionadamente la frecuencia de situaciones que habían sido reportadas como acoso laboral en la literatura. El instrumento incluyó además datos generales del alumno. Al final de la encuesta el residente tuvo la opción de agregar su nombre, en caso de querer recibir algún tipo de apoyo relacionado con el estudio.

La encuesta fue analizada por tres médicos psiquiatras, quienes hicieron adecuaciones al instrumento, el cual se aplicó a un grupo piloto de 20 alumnos de pregrado del hospital para asegurar su comprensión.

Se aplicó la encuesta a los residentes de pediatría y especialidades que aceptaron participar voluntariamente en el estudio, esto a partir de firmar carta de consentimiento informado. Se excluyó a alumnos en rotaciones externas al hospital, en periodo vacacional o en rotación de campo al momento de la aplicación de la encuesta. Se eliminaron aquellos cuyas encuestas fueron llenadas de forma incompleta o incorrecta.

Se hizo el análisis del relato del acoso de manera independiente por dos investigadores, y se ordenó en una de las siguientes categorías (con base en la clasificación de Silver): verbal, físico, sexual, académico o discriminación de género. Los elementos discordantes se clasificaron por acuerdo entre ambos investigadores. Se vaciaron los datos en una base de datos, en el programa SPSS para Windows versión 22.

Para el análisis descriptivo se calcularon frecuencias y porcentajes para variables cualitativas, medias y desviación estándar para variables cuantitativas. Los valores de la escala de Likert se transformaron en valores de cero (nunca) hasta 3 (muy frecuentemente). Las medias se compararon con *t* de Student para grupos independientes. Se consideró significativo un valor de 0.05 o menor. Se echó mano del alfa de Cronbach y del análisis factorial del instrumento. El protocolo fue aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética (R-2013-3603-71).

Resultados

Se incluyeron 137 alumnos de un total de 179 elegibles (76%); 62 fueron residentes de pediatría y 75 de

segundas especialidades de pediatría. Se excluyeron nueve por encontrarse en rotación de campo, 11 en rotación externa, cinco en periodo vacacional y se eliminaron 17 encuestas incompletas.

Con respecto a las características sociodemográficas, predominaron las mujeres (70.1%). La edad promedio fue de 29.4 ± 1.95 años. Noventa y tres eran solteros (67.9%), 32 casados (23.4%), 11 vivían en unión libre (8%) y solo uno era divorciado (0.7%). La mayoría de los residentes provenían de universidades públicas (88.3%) y tenían un nivel socioeconómico medio (93.4%). Una cuarta parte provenía de la Ciudad de México (34%), seguida por el estado de Puebla (7.3%), el Estado de México y Veracruz (6.6%, respectivamente); nueve médicos no especificaron su lugar de origen (6.6%).

Análisis cualitativo

En la sección que explora la percepción personal de acoso laboral, 46% de los individuos manifestó haber sufrido acoso durante su residencia ($n = 64$); sin embargo, 19 episodios ocurrieron en una sola ocasión, por lo que fueron eliminados con base en la definición de acoso laboral; por lo tanto, se consideraron finalmente 45 episodios autorreportados (32%). Treinta y uno de ellos fueron reportados por mujeres (relación F:M de 2.2:1). Treinta y uno de los alumnos fueron solteros (68.8%) y hubo una relación casi igual de residentes de pediatría ($n = 22$) y de especialidad de rama ($n = 20$); tres residentes no especificaron especialidad. La mayoría de los episodios ocurrieron en el segundo grado ($n = 24$), tercer grado ($n = 12$) o primer grado de especialidad de rama ($n = 6$). Seis episodios ocurrieron en último grado de la especialidad. Trece alumnos sufrieron acoso en más de un grado académico.

Los principales tipos de acoso fueron abuso verbal ($n = 29$), abuso académico ($n = 14$), discriminación de género ($n = 1$) y abuso físico ($n = 3$), expresados a través de las siguientes definiciones:

- *Abuso verbal*: consiste en llamar la atención enfrente de compañeros o familiares, proferir amenazas y comentarios despectivos o discriminatorios, humillaciones, prepotencia, maltrato, autoritarismo, sarcasmo, insultos, intrigas.
- *Abuso académico*: el tutor académico incurre en la evaluación subjetiva; no respeta rotaciones ni vacaciones programadas; no supervisa o supervisa excesivamente; comete favoritismos según las jerarquías; pide el pago de comidas para que los alumnos tengan derechos académicos; pide el pago de insumos para equipos de cómputo para actividades asistenciales o académicas; incurre en llamadas de atención excesivas y castigos por errores come-

tidos; no está abierto a recibir retroalimentación constructiva; se entromete en la vida personal del alumno.

- *Discriminación de género*: consiste en el favoritismo hacia varones para la realización de alguna actividad, o la discriminación por embarazo.
- *Abuso físico*: la violencia llega a niveles físicos; hay empujones y jalones.

Tres residentes no especificaron la situación, por lo que no pudieron ser clasificados. Solamente 67% de los residentes reportaron un tipo de maltrato, mientras que 23% reportaron dos. Ningún residente refirió tres o más tipos de acoso.

Los profesores fueron los principales perpetradores del abuso (24%), seguidos de los residentes de mayor jerarquía (21.5%) y el personal médico femenino (13.7%). Cinco residentes reportaron abuso por parte de familiares de pacientes o de los mismos pacientes. Veintinueve residentes marcaron más de una opción (64.4%). Los eventos ocurrieron con mayor frecuencia en el segundo año de residencia ($n = 24$), en el tercer año ($n = 12$), así como en el primer año de especialidad de rama ($n = 11$). Quince residentes respondieron que el acoso ocurrió en más de un año académico.

Las áreas de hospitalización fueron el lugar donde se reportó el mayor número de eventos ($n = 34$), seguidas por terapia intensiva ($n = 12$) y por último cuando tenían lugar actividades académicas o durante la aplicación de exámenes ($n = 11$). Dieciocho residentes reportaron más de una opción. Hubo un ligero predominio de reporte de maltrato en rotaciones no quirúrgicas con respecto a las quirúrgicas (7 frente a 5). Hubo diez episodios de *cyberbullying*, ocho de los cuales fueron referidos por mujeres.

Un 53.3% de los episodios tuvieron una duración de más de seis meses; 15.5% de los residentes refirieron que los episodios duraron entre dos y cuatro semanas, 13.3% identificó una duración de entre tres y seis meses, 8% de una a dos semanas y 8% reportaron que los episodios de acoso duraron de uno a tres meses.

Veinticuatro residentes ignoraron el episodio o no hicieron nada al respecto, 13 lo comentaron con algún amigo o realizaron el reporte ante las autoridades del hospital. Diez alumnos confrontaron a su agresor, dos solicitaron cambio de rotación, uno cambió de sede y uno acudió al ministerio público. Doce personas respondieron más de una opción.

Los residentes no reportaron el incidente principalmente por temor a represalias ($n = 20$), 14 consideraron que les ocasionaría más problemas, 12 por considerar que no lograban nada y tres por no saber con quién reportarlo o por temor a que no se manejara de manera confidencial. Cuatro residentes no lo reportaron por considerar que era parte del proceso o

también lo veían como una herramienta de aprendizaje y disciplina. Quince residentes contestaron más de una opción.

Las consecuencias de haber sufrido el acoso fueron enojo ($n = 27$), desmotivación ($n = 20$), depresión ($n = 19$), pérdida de la autoestima ($n = 15$), ansiedad ($n = 13$), bajo rendimiento académico ($n = 13$), bajo rendimiento laboral ($n = 9$), miedo ($n = 8$), sed de venganza ($n = 1$), uso de alcohol y drogas ($n = 1$), ideación suicida ($n = 1$). Un residente refirió que la fortaleza fue una consecuencia positiva del acoso. Dieciséis residentes reportaron más de una consecuencia y 11 refirieron más de cuatro.

Los alumnos percibieron que las causas que explican el *mobbing* son las jerarquías (29%) y porque es propio de los “usos y costumbres en medicina” (28%); también adujeron que ocurre por falta de supervisión (18%), por falta de programas de prevención y políticas al respecto (14%) y por falta de personal en los servicios (6%). Un 5% reportó otras causas.

Otros factores que tuvieron que ver con el acoso fueron el sexo del médico o no tener amigos cercanos (16%, respectivamente), las habilidades mentales o la apariencia física del médico, o pertenecer a una minoría (15%, respectivamente), la orientación sexual (11%), o el estado socioeconómico (5%).

Casi diez por ciento del total de los alumnos aceptaron haber cometido actos de *mobbing* en contra de alguno de sus compañeros, con ligero predominio de mujeres (relación 1.3:1); justificaron sus acciones con el argumento de que eran “usos y costumbres de la profesión” ($n = 4$), “no lo sé” ($n = 2$), por la “jerarquía” ($n = 1$), por “tener un mal día” ($n = 1$), debido a que pedían una “mejora el rendimiento” ($n = 1$), porque lo hacían inconscientemente ($n = 1$) y cuatro no especificaron la causa. Ciento treinta residentes refirieron haber presenciado algún episodio de acoso contra sus compañeros y solo 50 (38%) mencionaron haber hecho algo por él o ella.

Análisis cuantitativo

La validación psicométrica del instrumento se llevó a cabo con base en las siguientes acciones¹

- Se comprobó que todos los ítems fueran atractivos (que hubiera una frecuencia en cada uno).
- Se comprobó el tipo de distribución de los reactivos y se eliminaron seis reactivos por su distribución de frecuencias y capacidad de discriminación.
- Se realizó la suma de todos los reactivos, determinando el percentil 25 y 75; después, se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos para todos los reactivos, con lo cual se concluyó que el instrumento discriminaba y tenía direccionalidad.

- Se determinó la confiabilidad del instrumento con el empleo del alfa de Cronbach; se obtuvo un valor de 0.960. Ningún elemento afectó negativamente la confiabilidad total. Se obtuvo un valor de T2 de Hotelling de 421.8, el cual fue estadísticamente significativo ($p = 0.000$)
- Se realizó un análisis factorial con análisis de componentes principales y rotación oblicua; con ello se encontraron tres factores: académico (12 reactivos), laboral (4 reactivos) y personal (7 reactivos).

Las situaciones de acoso que ocurrieron muy frecuentemente fueron que los tutores académicos o los perpetradores del acoso no respetaban los horarios de alimentación, los de clases o los de descanso de los alumnos (o en su caso las víctimas); que les hacían críticas excesivas o injustificadas al supervisar su actividad diaria; que les negaban injustificadamente permisos para cursos o congresos; que los menospreciaban o menoscababan su trabajo, o que no valoraban su desempeño. Frecuentemente incurrieron en comentarios sarcásticos y agresión a propiedades personales. Con poca frecuencia las víctimas referían burlas o bromas inapropiadas hacia su persona, modificación de actividades como rotaciones o vacaciones sin que les consultaran, o que los profesores no contestaban de manera intencionada sus dudas o preguntas; por último, las víctimas refirieron nunca haber tenido problemas por estar embarazadas, ni haber recibido burlas sobre su orientación política o religión; tampoco amenazas a su vida o por demandas legales.

Los residentes de pediatría reportaron mayor acoso en los factores 1 (académico) y 3 (personal) con respecto al resto de especialidades ($p = 0.000$ y 0.005 , respectivamente). El acoso de tipo personal fue significativamente mayor en las mujeres ($p = 0.042$) y el académico en el grupo de menores de 29 años ($p = 0.000$). Por último, los residentes que reportaron espontáneamente haber sufrido algún tipo de acoso tuvieron puntuaciones significativamente más altas que sus compañeros que no lo hicieron en los factores 1 (académico) ($p = 0.000$) y 3 (personal) ($p = 0.000$). No se encontraron diferencias según el estado civil.

De los 45 residentes que inicialmente reportaron algún incidente de maltrato, tres no marcaron como frecuentes ninguna de las situaciones específicas que venían en la segunda parte del cuestionario. Todos ellos habían reportado inicialmente acoso verbal con actitudes de “exposición” ante compañeros y pacientes de manera regular en los últimos seis meses.

Respecto a los residentes que no reportaron acoso al principio del estudio ($n = 73$), 60 alumnos (82.1%) reportaron como frecuente o muy frecuente al menos uno de los rubros del cuestionario dirigido.

Cabe destacar que 24 alumnos no reportaron ningún tipo de acoso en las dos partes del cuestionario. La mayoría fueron mujeres (20), solteros (15) y estudiaban una segunda especialidad (15).

Discusión

El acoso laboral del que son objeto los residentes durante su formación es un problema frecuente. La prevalencia varía de un 40 a un 97% en diversos estudios.^{25-27,33,38} Nuestros hallazgos son similares a la cifra reportada por Bastias *et al.*, Herrera-Silva *et al.* o Al-Shafae *et al.*, entre otros; sin embargo, llama fuertemente la atención la discrepancia de hasta un 50% en el reporte espontáneo del maltrato y las respuestas ante un cuestionario dirigido. Además, los alumnos que reportaron maltrato inicialmente percibieron con mayor intensidad situaciones de abuso en el cuestionario dirigido, lo que contrasta con los hallazgos de Bursch, quien no encontró relación entre la percepción de situaciones de acoso y la sensibilidad del alumno a situaciones de maltrato.³⁹

En particular, tres rubros que no fueron inicialmente reportados por los alumnos y que posteriormente tuvieron una frecuencia de presentación muy importante nos llaman la atención: la falta de respeto a los horarios de alimentación, de descanso y de clases. Creemos que esto obedece a dos razones: en primer lugar, algunas situaciones son aceptadas como habituales o necesarias para poder pertenecer a un grupo social, fenómeno semejante a los rituales que se deben cumplir para ingresar a una pandilla o fraternidad. Por otro lado, consideramos que los residentes se acostumbran a sufrir estas conductas, siempre y cuando no lleguen a tener alguna repercusión personal, pero cuando el maltrato ocurre por más tiempo o se incrementa la intensidad, es cuando los residentes lo identifican como abuso.

De acuerdo con nuestros hallazgos, la jerarquía es un factor importante en la comisión de actos de abuso y es más frecuente que esto afecte a alumnos de menor jerarquía en su especialidad (segundo año de pediatría o primer año de especialidad de rama). En este sentido, los actos de abuso ocurrieron en un 71% por parte de personas de mayor jerarquía a la del alumno: profesores, médicos adscritos, compañeros de mayor jerarquía o personal directivo. Esto es consistente con otros estudios y consideramos que tiene un origen multicausal. En primer lugar, se ha relacionado el estilo de docencia del profesor con la historia personal de maltrato con la que ellos fueron sometidos cuando eran estudiantes,²⁹ con la falta de formación pedagógica del cuerpo de profesores,³¹ con el concepto de poder y el tipo de liderazgo del profesor, y

con la tolerancia de los alumnos a estos actos debido a la “tradicción de obediencia filial que los alumnos deben tener a la figura paterna, en este caso, a sus profesores”.^{37,38} Otro aspecto importante es la sobrecarga asistencial en los hospitales-escuela, esto debido a la demanda de servicios y la falta de personal, así como al hecho de que “la cuerda se rompe por lo más débil”, es decir, que el alumno de menor jerarquía es a quien se le carga la mayor parte del trabajo. Es importante resaltar que los índices de maltrato disminuyen considerablemente una vez que los profesionistas se integran a la fuerza laboral y se suprime el efecto de la jerarquía, como lo demuestra un estudio realizado en 2012 por Askew *et al.*,⁴ quienes refieren que solo 25% de los médicos contratados reportaron que sufrían de maltrato, o el 12% reportado por Namie⁴⁰ entre trabajadores de Estados Unidos.

A diferencia de lo que reportan otros autores, el acoso entre pares no resultó frecuente en nuestra población.^{36,41} Tampoco fue frecuente el abuso por parte de personal de enfermería o del resto del equipo de salud. Cinco alumnos reportaron haber sufrido agresiones por parte de pacientes o familiares de pacientes, pero no relataron el episodio; aun así, por experiencias personales, estos eventos pudieran relacionarse con agresiones físicas o verbales durante los procedimientos a los que se someten los pacientes durante su hospitalización, o a conductas agresivas o prepotentes que los menores imitan de sus padres. Saeki *et al.*¹¹ reportaron que hasta 15% de los médicos japoneses encuestados refirieron que fueron maltratados por sus pacientes. Kwow *et al.*⁴² reportaron que la agresión física está relacionada con el tipo de especialidad y es más frecuente para residentes de psiquiatría, y menor para los de pediatría, lo que contrasta con los hallazgos de Mackin^{43,44} respecto a un riesgo mayor a sufrir maltrato por parte de los pacientes.

Existe controversia respecto al sexo como un factor predisponente para acoso, aunque la mayoría de los estudios refieren que el sexo femenino enfrenta un mayor riesgo. Encontramos que prácticamente el mismo porcentaje de hombres y mujeres (31% de los varones y 30% de las mujeres) reportaron espontáneamente maltrato; sin embargo, en el cuestionario dirigido las mujeres percibieron con mayor frecuencia situaciones de maltrato, por ejemplo, mayores exigencias, ocultamiento de información, o el impedimento para llevar a cabo procedimientos por estar embarazadas (o las cuestiones que esa situación acarrea). En nuestro estudio, ser menor de 29 años también se asoció con un mayor reporte de acoso y consideramos que está relacionado con una menor madurez y con menos estrategias de afrontamiento ante los problemas. Por último, ser residente de pediatría también resultó estadísticamente significativo y creemos que se relaciona

con que, en general, estos alumnos son menores por ser su primera especialidad, así como con una mayor carga laboral, enseñanza menos tutorial, tener menor jerarquía, tener convivencia con un número mayor de residentes y médicos en su enseñanza, y una mayor incertidumbre ante la profesión. No encontramos una asociación con el estado civil del alumno, contrario a lo reportado por Stolovas *et al.*,²⁶ para quienes ser soltero se asoció con una mayor prevalencia de maltrato, esto probablemente por no tener una red formal de apoyo para enfrentar los problemas. Bastias *et al.*²⁵ no encontraron asociación con el sexo, la edad o el nivel de formación de los alumnos.

El tipo de abuso más frecuentemente encontrado en nuestro estudio fue el verbal, lo que es similar a lo referido por la mayoría de los autores citados en el presente trabajo; es probable que esto se deba a que es el tipo de abuso que menos se puede demostrar, que más rápido se puede consumir y está íntimamente asociado con el estado emocional del agresor al momento de perpetrar la agresión.

A pesar de que el abuso académico ocurre con menor frecuencia, es preocupante que los alumnos reporten situaciones en las que ocurren castigos que van en contra de la normatividad nacional² e institucional⁴⁵ respecto al funcionamiento de las residencias médicas; máxime si algunos de los eventos reportados no son responsabilidad del médico en formación. Esto refleja irregularidades en la organización de los servicios del hospital que deben ser atendidos por los responsables. Otro aspecto inaceptable y que también va en contra de la normatividad es el hecho de que los alumnos tengan que pagar para subsanar las deficiencias de recursos e insumos en los hospitales, ya sea para la atención de los pacientes, o para sus actividades académicas o asistenciales, o que deban realizar pagos por cometer errores o por recibir algún beneficio académico.

El acoso por medios electrónicos es una variante recientemente reportada. El *cyberbullying* difiere del *bullying* tradicional en cuanto al potencial dañino del anonimato, la incapacidad de la víctima de ver o enfrentar al perpetrador o de que este observe las consecuencias de sus actos de maltrato, la extensividad con la que se difunden los mensajes y la facilidad del acosador de hacer y decir cosas que de otra forma no se dirían cara a cara. Es un fenómeno creciente en el mundo a medida que se incrementa el uso de las tecnologías de la información. Por ejemplo, Kornblum⁴⁶ reportó un incremento de este tipo de acoso, que tenía un 14% en el año 2000 y se incrementó al 28% en 2005. Nosotros encontramos que 10 de nuestros alumnos (22%) han sufrido de *cyberbullying*, ya sea por medio de mensajes de texto, correos electrónicos, o en las redes sociales, lo que es mayor al 10% de pre-

valencia que reportó Kowalski en educación secundaria y preparatoria de Estados Unidos.⁴⁷ Al igual que lo reportado por otros autores⁴⁸ el *cyberbullying* fue más frecuente en mujeres. Es importante, por lo tanto, tomar acciones en nuestro medio contra este tipo de acoso, ya que se ha asociado más fuertemente a ideación suicida que el *bullying* tradicional.⁴⁹

En concordancia con otros estudios,³⁶ encontramos que los alumnos prefieren no reportar los episodios de maltrato, ya sea porque no saben con quién realizarlo, tienen miedo de represalias, o porque consideran que no resolverán nada, lo que comprueba el criterio de indefensión del *bullying*. Será necesario, pues, fortalecer los canales de diálogo y confianza con las autoridades del hospital para que los alumnos sientan la confianza de reportar los abusos. Asimismo, habrá que asesorarlos para que sepan ante qué instancias deberán reportar, sobre todo los abusos graves, como agresiones físicas y amenazas a su integridad, que ocurren con poca frecuencia.

Las principales consecuencias del acoso son de tipo psicológico y predominan el enojo, la desmotivación, la depresión, la pérdida de autoestima y la ansiedad, que ya han sido descritas por otros autores.⁵⁰ Es importante identificar y atender estos problemas, ya que algunos de ellos pudieran impactar en el rendimiento académico y laboral, y con la calidad de la atención médica otorgada. Buttigieg⁵¹ encontró un menor compromiso con la empresa de aquellos trabajadores que sufrían de acoso. En nuestro estudio, el uso de drogas y alcohol o ideación suicida fueron poco frecuentes.

Similar a lo reportado por Jawaid³⁶ para testigos pasivos (66%), nosotros encontramos que casi 87% reportaron haber presenciado actos de acoso contra sus compañeros, pero solo un 38% hizo algo por la persona acosada. Entre las razones con las que algunos autores explican esta actitud se encuentran la presión ejercida por parte de los pares,⁵² las expectativas del testigo (la defensa se asocia con la expectativa de que la víctima se sienta mejor al ser defendida), así como valorar este desenlace.⁵³ La importancia de los testigos pasivos en el problema es que le dan un carácter colectivo al acoso y esto puede tener un efecto de contagio. Las consecuencias emocionales para los testigos de acoso son similares a las encontradas en la persona acosada. Se ha reportado desvalía, sensación de amenaza y deseo de abandonar el trabajo.⁵⁴

Diez por ciento de nuestros alumnos aceptaron haber realizado actividades de acoso hacia sus compañeros, cifra similar a la reportada por otros autores,^{35,47} y seis de ellos pertenecen al grupo de acosados. Este fenómeno de acosado-acosador ha sido descrito anteriormente, y en nuestro caso consideramos que el sistema jerárquico perpetúa el problema por cuestiones de

poder, por reproducir patrones aprendidos de manera tácita, y debido al “yo lo viví, ahora te toca a ti”.

Para asegurar una atención médica de calidad se debe asegurar la salud física y mental de los residentes. Los resultados de este estudio revelan áreas de oportunidad para prevenir situaciones de maltrato; estas incluyen un cambio en la cultura organizacional a favor del respeto y la igualdad, la profesionalización docente y la capacitación respecto a la normatividad, la promoción de liderazgos participativos y habilidades de comunicación efectiva que permitan tener una relación más asertiva con los alumnos, y promover la resiliencia entre los residentes, lo cual les permitirá afrontar de manera adecuada los problemas a los que se enfrentan diariamente y tener un mayor bienestar.^{55,56} En el aprendizaje de la medicina, deben reprimirse conductas aceptadas como “usos y costumbres”, las cuales van en contra de la integridad física o psicológica de los alumnos, o de sus derechos humanos. Debe también mejorarse la supervisión por parte de las autoridades hospitalarias y educativas para asegurar ambientes laborales y académicos que promuevan el aprendizaje.

El cambio no es fácil y no hay una estrategia definida. Los resultados obtenidos por otros autores respecto a la adopción de programas que disminuyan el acoso no han tenido los resultados esperados,^{57,58} por lo que hay que buscar nuevas estrategias para resolver dicho problema. También es necesario investigar sobre el origen de la hostilidad y el acoso, y la cultura que crea y permite estos comportamientos, el fenómeno de formación de grupos en medicina, e incluso cuestionar el diseño de los programas actuales de especialización. Skalar propone analizar el problema desde la visión de prevención del daño, que consiste en fraccionar el problema en factores asociados con el individuo lastimado, el agente que causa la lesión y el ambiente en el que ocurre, lo que ha permitido cambiar la visión y la solución de problemas, como los accidentes relaciona-

dos con el uso del alcohol, el suicidio y los incendios, entre otros.⁵⁹ Heru propone ejercicios de sociodrama, relacionados con maltrato durante la residencia médica para sensibilizar a los alumnos al problema y evitar su transmisión de generación en generación.⁶⁰

Conclusiones

La prevalencia de maltrato a los residentes es de 32% por autorreporte y 82.4% en el cuestionario dirigido.

- El abuso verbal es el más frecuente.
- El abuso se relaciona con la jerarquía; ocurre con mayor frecuencia en áreas de hospitalización, en la terapia intensiva o durante actividades académicas; ocurre por el sistema, por usos y costumbres y por falta de supervisión de las autoridades; los factores personales percibidos como asociados al acoso son el sexo, las habilidades mentales y la apariencia física del alumno; la mayoría de los afectados ignoraron el evento o no hicieron nada al respecto, principalmente por creer que no lograban nada, que les causaría más problemas o por temor a represalias.
- Las principales consecuencias del acoso son de tipo psicológico: enojo, desmotivación, desmoralización, ansiedad, depresión y pérdida de autoestima.

Resultaron estadísticamente significativos para los factores académico o personal, el sexo femenino, ser residente de pediatría, ser soltero o menor de 29 años y haber identificado el acoso al inicio del estudio.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

1. México es el primer lugar de bullying a escala internacional. Milenio [Diario] (Internet). 23 05 2014. Disponible en http://www.milenio.com/politica/Mexico-primer-bullying-escala-internacional_0_304169593.html
2. Kim YS, Leventhal B. Bullying and suicide. A review. *Int J Adolesc Med Health*. 2008 Apr-Jun;20(2):133-54.
3. Hakojärvi HR, Salminen L, Suhonen R. Health care students' personal experiences and coping with bullying in clinical training. *Nurse Educ Today*. 2014 Jan;34(1):138-44. doi: 10.1016/j.nedt.2012.08.018.
4. Askew DA, Schluter PJ, Dick ML, Régo PM, Turner C, Wilkinson D. Bullying in the Australian medical workforce: cross-sectional data from an Australian e-Cohort study. *Aust Health Rev*. 2012 May;36(2):197-204. doi: 10.1071/AH11048.
5. Valdés-Cuervo AA, Alcántar-Nieblas C, Reyes-Rodríguez AC, Torres-Acuña M, Urías-Murrieta M. Diferencias en el autoconcepto de estudiantes de bachillerato con y sin reportes de victimización por ciberbullying. *La Sociedad Académica* 2014;43:35-9.
6. Treviño M, De la Cruz M, Chavez G, Hauad U. Violencia entre iguales en el campus del área médica de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México: UANL; agosto de 2013. Disponible en www.reddeinvestigacioneducativa.uanl.mx
7. Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM, Christensen ML. Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA*. 1992 Feb 5;267(5):692-4.

8. Wolke D, Copeland WE, Angold A, Costello EJ. Impact of bullying in childhood on adult health, wealth, crime, and social outcomes. *Psychol Sci.* 2013 Oct; 24(10):1958-70. doi: 10.1177/0956797613481608
9. Kivimaki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med.* 2003 Oct; 60(10): 779-83. doi: 10.1136/oem.60.10.779
10. Ortega A, Christensen KB, Hogh A, Rugulies R, Borg V. One-year prospective study on the effect of workplace bullying on long-term sickness absence. *J Nurs Manag.* 2011 Sep;19(6):752-9. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01179.x.
11. Saeki K, Okamoto N, Tomioka K, Obayashi K, Nishioka H, Ohara K, et al. Work-related aggression and violence committed by patients and its psychological influence on doctors. *J Occup Health.* 2011;53(5): 356-64.
12. Liu J, Graves N. Childhood bullying: A review of constructs, concepts, and nursing implications. *Public Health Nurs.* 2011;28:556-68.
13. Abufhele M, Arab E. El fenómeno del "Bullying". Caracterización del problema y sus estrategias de intervención. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.* 2008;19(1):31-42.
14. Peralta MC. El acoso laboral - mobbing- perspectiva psicológica. *Revista de Estudios Sociales.* 2004;18: 111-22.
15. Silver HK. Medical students and medical school. *JAMA.* 1982;247:309-10.
16. Quing Li. Bullying in the new playground: A research into cyberbullying and cyber victimization. *Australasian Journal of Educational Technology.* 2007;23 (4):435-54.
17. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ.* 2005 Oct 18; 5:36.
18. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi MR, Lasala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (Buenos Aires)* 2005; 65(4):366-8.
19. Musselman LJ, MacRae HM, Reznick RK, Lingard LA. 'You learn better under the gun': intimidation and harassment in surgical education. *Med Educ.* 2005 Sep;39(9):926-34.
20. Haidet P, Stein HF. The Role of the Student-Teacher Relationship in the Formation of Physicians. *J Gen Intern Med.* 2006 Jan; 21(Suppl 1): S16-20. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00304.x
21. Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC Jr. A pilot study of medical student 'abuse'. Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA.* 1990 Jan 26; 263(4):533-7.
22. Silver HK, Glick AD. Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA.* 1990 Jan 26; 263(4):527-32.
23. Rosenberg DA, Silver HK. Medical student abuse. An unnecessary and preventable cause of stress. *JAMA.* 1984 Feb 10;251(6):739-42.
24. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med.* 2014 May;89(5):817-27. doi: 10.1097/ACM.0000000000000200.
25. Bastias N, Fasce E, Ortiz L, Perez C. Schaufele P. Bullying y acoso en la formación médica de postgrado. *Rev Educ Cienc Salud* 2011;8(1):45-51.
26. Stolovas N, Tomasina F, Pucci F, Frantchez F, Pintos M. Trabajadores médicos jóvenes: violencia en el ejercicio de la residencia. *Rev Med Urug.* 2011; 27:21-9.
27. Herrera-Silva JC, Treviño-Moore A, Acosta-Corona CG. Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2006;63 (1):18-30.
28. Rees C, Shepherd M. 2005. Students' and assessors' attitudes towards students' self-assessment of their personal and professional behaviours. *Med Educ.* 2005;39:30-9.
29. Consejo C, Viesca-Treviño C. Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Bol Mex His Fil Med.* 2008;11(1):16-20.
30. Azzollini S, Bail-Pupko V, Miramón V. El acoso psicológico en los quirófanos. Buenos Aires, Argentina: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Secretaría de Investigaciones, XII Anuario de Investigaciones; 2004. pp. 125-36. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v12/v12a12.pdf>
31. Cortés-Barré M., La letra con sangre entra: el maltrato en la formación médica. *Univ Med Bogotá (Colombia)* 2010;51(1):43-8.
32. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Academic Medicine.* 2014;89(5): 749-54. doi: 10.1097/ACM.0000000000000204
33. Frank E, Carrera JS, Stratton T, Cicket J, Nora LM. Experiences of belittlement and harassment and their correlates among medical students in the United States: longitudinal survey. *BMJ.* 2006;333:682 doi:10-1136/bmj.38924.722037.7C
34. Hobbs FD. General Practitioner's changes to practice due to aggression at work. *Fam Pract.* 1994;11: 75-9.
35. Paredes OL, Sanabria-Ferrand PA, González-Quevedo LA, Moreno-Rehalpe SP. "Bullying" en las facultades de medicina colombianas, mito o realidad. *Rev. Fac. Med.* 2010;18(2):161-72.
36. Imran N, Jawaid M, Haider II, Masood Z. Bullying of junior doctors in Pakistan: a cross-sectional survey. *Singapore Med J.* 2010 Jul;51(7):592-5.
37. Reyes-Lagunes I, García y Barragán LF. Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante. En: Rivera S, Díaz-Loving R, Sánchez R, Reyes-Lagunes I (eds.). *La Psicología Social en México Vol. XII.* México: AMEPSO; 2008.
38. Al-Shafae M, Al-Kaabi Y, Al-Farsi Y, White G, Al-Maniri A, Al-Sinawi H, et al. Pilot study on the prevalence of abuse and mistreatment during clinical

- internship: a cross-sectional study among first year residents in Oma. *BMJ Open*. 2013; 3(2): e002076. doi: 10.1136/bmjopen-2012-002076
39. Bursch B, Fried JM, Wimmers PF, Cook IA, Baillie S, Zackson H, et al. Relationship between medical student perceptions of mistreatment and mistreatment sensitivity. *Medical Student Sensitivity*. 2013;35:e998–e1002. DOI: 10.3109/0142159X.2012.733455
 40. Namie G, Lutgen-Sandvik PE. Active and passive accomplices: the communal character of workplace bullying. *International Journal of Communication* 2010;4:343-73.
 41. Coverdale J, Balon R, Roberts L. Mistreatment of trainees: verbal abuse and other bullying behaviors. *Academic Psychiatry*. 2009;33(4):269-73.
 42. Kwok S, Ostermeyer B, Coverdale J. A systematic review of the prevalence of patient assaults against residents. *J Grad Med Educ*. 2012;4(3):296-300.
 43. Mackin JG. Violence against trainee paediatricians. *Arch Dis Child*. 2001;84:106-8.
 44. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en Salud. Para la organización y funcionamiento de las residencias médicas. México, Distrito Federal: Diario Oficial de la Federación; 4 de enero de 2013. Disponible en http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013
 45. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Procedimiento para la elaboración de programas académicos y operativos de los cursos de especialización médica. Mexico, Distrito Federal: IMSS; 16 de diciembre de 2014. Clave 2510-003-016
 46. Cyberbullying grows bigger and meaner. *USA Today*. 07 15 2008. Disponible en http://usatoday30.usatoday.com/tech/webguide/internetlife/2008-07-14-cyberbullying_n.htm
 47. Kowalski RM, Limber SP. Psychological, physical and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. *J Adolesc Health*. 2013 Jul;53(1 Suppl):S13-20. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.018.
 48. Smith P, Mahdavi J, Carvalho M, Tippett N. An investigation into cyberbullying, its formas, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying. *Anti-Bullying Alliance*. Disponible en <https://www.staffsccb.org.uk/Professionals/Key-Safeguarding/e-Safety/Task-to-Finish-Group/Task-to-Finish-Group-Documentation/Cyber-Bullying---Final-Report.pdf>
 49. Van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents. A meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2014;168(5):435-42. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4143
 50. Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: abuse and harassment. *Med Educ*. 2009 Jul;43(7):628-36. doi: 10.1111/j.1365-2923.2009.03388.x.
 51. Buttigieg DM, Bryant H, Hanley G, Liu J. The causes and consequences of workplace bullying and discrimination: results from an exploratory study. *Labor and Industry*. 2011;22(1):117-41.
 52. Pozzoli T, Gini G, Vieno A. The role of individual correlates and class norms in defending and passive bystander behavior in bullying: a multilevel analysis. *Child Development*. 2012;83(6):1917-31.
 53. Pöyhönen V, Juvonen J, Salmivalli C. Standing Up for the Victim, Siding with the Bully or Standing by? Bystander Responses in Bullying Situations. *Social Development*. 2012;21(4):722-41.
 54. Djurkovic N, McCormack D, Casimir G. The physical and psychological effects of workplace bullying and their relationship to intention to leave: a test of the psychosomatic and disability hypothesis. *International Journal of Organization Theory and Behavior*. 2004;7(4):469-97.
 55. Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med*. 2013 Mar;88(3):301-3. doi: 10.1097/ACM.0b013e318280cff0.
 56. Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry*. 2008 Jan-Feb;32(1):44-53. doi: 10.1176/appi.ap.32.1.44.
 57. Gan R, Snell L. When the learning environment is suboptimal: exploring medical students' perceptions of "mistreatment". *Acad Med*. 2014 Apr;89(4):608-17. doi: 10.1097/ACM.0000000000000172.
 58. Fried J, Vermillion M, Parker N, Uijtdehaage S. Eradicating Medical student mistreatment: a longitudinal study of one institution's efforts. *Acad Med*. 2012 Sep;87(9): 1191-8.
 59. Sklar DP. Mistreatment of students and residents: why can't we just be nice? *Acad Med*. 2014 May;89(5):693-5. doi: 10.1097/ACM.0000000000000226.
 60. Heru AM. Using Role Playing to increase residents' awareness of medical student mistreatment. *Acad Med*. 2003 Jan;78(1):35-8.