



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**  
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN REGIONAL SUR  
DELEGACIÓN REGIONAL VERACRUZ NORTE  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 61



**"FACTORES DE RIESGO PARA ACOSO LABORAL  
EN MÉDICOS RESIDENTES CLÍNICOS Y QUIRÚRGICOS"**

# **TESIS**

PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

**MEDICINA DEL TRABAJO**

**PRESENTA:**

*M. C. Alejandra Reséndiz Benítez*

**ASESORES:**

**Dra. Beatriz González Jiménez**  
**Dr. Felix Márquez Celedonio**

## AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN

TITULO:

**Factores de riesgo para acoso laboral en médicos residentes clínicos y  
quirúrgicos**

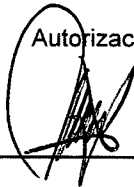
Número de Registro del Comité Local de Investigación en Salud

**R-2011-3003-9**

Autora:

**M.C. Alejandra Reséndiz Benítez.**

Autorización:



---

Dr. Félix Guillermo Márquez Celedonio

Coord. Clínico de Educación e Investigación en Salud



**IMDS**

**U. M. F. No. 61  
VERACRUZ, VER.**

**EDUCACION MEDICA E INVEST**

## **Acoso Laboral**

Autores: Reséndiz-Benítez Alejandra\*, González-Jiménez Beatriz \*\*, Márquez-Celedonio Félix\*\*\*.

\*Médico Cirujano Residente de Segundo Año de Medicina del Trabajo Adscrita a la UMF No. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz, Ver.

\*\* Maestra en Investigación Clínica y Médico Cirujano especialista en Medicina del Trabajo.

\*\*\* Jefe de enseñanza de la UMF No. 61, Maestro en Investigación Clínica e Investigación, , Médico Cirujano especialista en Medicina Familiar.

Enviar correspondencia:

Reséndiz Benítez Alejandra

Ciprés 428 Col. Nueva Francisco I. Madero

C.P. 42070

Pachuca, Hidalgo

[berenal@yahoo.com.mx](mailto:berenal@yahoo.com.mx)

## INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	5
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	6
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	15
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFÍA	23

## RESUMEN

### **Factores de riesgo de acoso laboral en residentes médicos clínicos y quirúrgicos**

M.C. Reséndiz-Benítez Alejandra\*, Mtra. González-Jiménez Beatriz\*\*, Mtro. Márquez-Celedonio Félix G.\*\*\*

\*Médico Cirujano Residente de Segundo Año de Medicina del Trabajo Adscrito a la UMF No. 61 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Veracruz, Ver. \*\*Maestra en Investigación Clínica y Médico Cirujano especialista en Medicina del Trabajo. \*\*\* Jefe de Enseñanza de la UMF No.61, Maestro en Investigación Clínica y Médico Cirujano especialista en Medicina Familiar.

**DISEÑO:** Transversal analítico.

**OBJETIVO:** Identificar los factores de riesgo para acoso laboral en médicos residentes clínicos y quirúrgicos.

**MATERIAL Y METODOS:** Se estudio una muestra 56 médicos residentes de Cirugía (19), Medicina interna (19) y Medicina familiar (18), hombres y mujeres, del IMSS de Veracruz, Ver. adscritos a la UMAE No.14 y a la UMF No.61, respectivamente. La entrevista consistió en la aplicación de encuestas de datos demográficos importantes y del Inventario de acoso laboral de Leymann (LIPT-60).

**RESULTADOS:** Existe diferencia significativa para presentar Acoso Laboral en las especialidades de Cirugía, Medicina Interna y Medicina Familiar. Son factores de riesgo el cursar una especialidad quirúrgica, especialmente si se es mujer, y tener

más tiempo dentro del régimen de residencias médicas. Factores como la edad, el estado civil y la unidad de adscripción no fueron significativos.

**.CONCLUSIONES:** Como personal de salud estamos obligados a prevenir, detectar y tratar el Acoso Laboral, en mi primer lugar a nuestros médicos en formación, ya que difícilmente se podrá dar una atención de calidad y calidez a los pacientes, si los encargados de salvaguardar la salud y la vida de la población sufren abusos en su trabajo

**Palabras clave:** Mobbing, acoso laboral, residencia médica.

## SUMMARY

### **Risk factors for workplace harassment in medical and surgical medical residentes**

Reséndiz-Benítez Alejandra\*, González-Jiménez Beatriz\*\*, Márquez-Celedonio Félix G.\*\*\*.

\*Medical Surgeon, Second-year resident of Occupational Medicine assigned to the UMF 61 Veracruz, Ver. \*\*Master in Clinical Research and Medical Surgeon specialist in Occupational Medicine . \*\*\* Head of teaching of the UMF 61, Master in Clinical Research, and Medical Surgeon specialist in Family Medicine.

**OBJECTIVE:** To identify risk factors for workplace harassment in medical and surgical resident physicians

**DESIGN:** Cross-sectional analytical study.

**MATERIAL AND METHODS:** The sample consisted of 56 medical residents of Surgery (19), Internal Medicine (19) and Family Medicine (18); men and women, the IMSS in Veracruz, Veracruz, attached to the UMF 61 and UMAE 14, respectively. The interview consisted of the implementation of major demographic surveys and harassment Inventory of Leymann (Lipt-60).

**RESULTS:** Significant difference to present mobbing in the specialties of Surgery, Internal Medicine and Family Medicine. Risk factors coursing a surgical specialty, especially if you are female and have more time under the system of medical homes. Factors such as age, marital status and unit affiliation were not significant.

**CONCLUSIONS:** As health workers are obliged to prevent, detect and treat mobbing, in my first place to our doctors in training, since it will be difficult to give quality care and warmth to patients, if those charged with safeguarding the health and life of the population suffer abuse in their work.

**KEY WORDS:** Mobbing, workplace harassment, medical residency.



## INTRODUCCIÓN

El acoso laboral o acoso moral en el lugar del trabajo, conocido frecuentemente a través del término inglés *mobbing* ("asediar, acosar, acorralar en grupo"), es tanto la acción de un hostigador u hostigadores conducente a producir miedo o terror en el trabajador afectado hacia su lugar de trabajo, como el efecto o la enfermedad que produce en el trabajador. Esta persona o grupo de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles en el trabajo por parte de sus compañeros (entre iguales), de sus subalternos (en sentido vertical ascendente) o de sus superiores (en sentido vertical descendente). Dicha violencia psicológica se produce de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado, a lo largo de semanas, meses e incluso años, y a la misma en ocasiones se añaden "accidentes fortuitos", y hasta agresiones físicas en los casos más graves. Lo que se pretende en último término con este hostigamiento, intimidación o perturbación (o normalmente la conjugación de todas ellas) es el abandono del trabajo por parte de la víctima —o víctimas—, la cual es considerada por sus agresores como una molestia o amenaza para sus intereses personales (ambición de poder, de riquezas, posición social, mantenimiento del *statu quo*, etc.). El científico sueco Heinz Leymann investigó el fenómeno en la década de los ochentas y fue quien utilizó por primera vez el término *mobbing* para referirse al problema. Otros autores destacados en el estudio del acoso moral y laboral son la francesa Marie- France Hirigoyen y el español Iñaki Piñuel y Zabala. La incidencia poblacional del acoso laboral se calcula que se encuentra entre el 10 y el 15 % del total de los trabajadores en activo.

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Durante la década de los sesentas, un médico alemán detectó un tipo especial de comportamiento hostil a largo plazo en los niños en la escuela. Él llamó a este con un término inglés: *mobbing*. A principios de los años ochentas el psicólogo Heinz Leymann encontró el mismo tipo de comportamiento hostil a largo plazo en los trabajadores de los centros laborales. Desde entonces, el profesor es el experto internacional sobre este tema: el acoso laboral.(1) Por lo general, suele ser confundido con el Síndrome del Burnout (desgaste profesional), aunque es importante aclarar que no se trata de lo mismo, pues literalmente el Burnout significa "estar quemado" o desgastado por circunstancia específicas o características inherentes a la profesión o el trabajo, mismo que genera en el empleado una intensa demanda emocional (2) El terror psíquico en la vida laboral es un medio de comunicación hostil y poco ético que se dirige de manera sistemática por uno o un número de personas principalmente a un individuo. También hay casos en los que es mutuo hasta que uno de los participantes se convierte en víctima. Estas acciones tienen lugar a menudo (casi todos los días) y durante un largo plazo (por lo menos durante seis meses) y da como resultado una considerable disminución psíquica, psicósomática y social. Esta definición elimina conflictos temporales y se concentra en la zona de transición donde la situación psicológica comienza a resultar en estados patológicos psiquiátricos y / o psicósomáticas.(3). El acoso laboral suele desarrollarse en una evolución temporal descrita por Leymann y cuyo estereotipo se mantiene en los diferentes países en que ha sido estudiado: 1. Inicio por un incidente crítico: Conflicto mal resuelto por

la organización a partir del cual se produce una escalada de conflictos «privados». En esta primera fase no hay aún acoso moral. La víctima percibe un brusco empeoramiento de su relación con otra u otras personas, y habitualmente no sabe a qué atribuirlo. 2. Fase de acoso y estigmatización: Comportamientos con frecuencia sutiles en un inicio, (dependiendo de las culturas no se dan algunos y pueden darse otros) repetidos, al menos, una vez por semana durante 6 meses (criterio estadístico de Leymann). 3. Intervención de las autoridades de personal: (4) El resultado habitual es el atropellamiento de los derechos de la víctima y el aumento de su marca (estigma) como «oveja negra». Suele entrar en funcionamiento el mecanismo psicológico conocido como de «error en la atribución» que hace que compañeros, jefes y directivos tiendan a crear explicaciones basadas en las características individuales de la víctima, antes que en los factores ambientales o en los del acosador. Es decir, como en otros procesos de acoso, es habitual situar la responsabilidad en la víctima y no en el agresor.(5) 4. Exclusión: cuando las condiciones de trabajo causantes del acoso laboral no son resueltas, el hostigamiento suele finalizar con la salida de la víctima de la organización, unas veces por petición de traslado o por abandono del puesto de trabajo y otras veces por despido (acumulación de ausentismo y baja productividad que justifican el despido cuando el acoso laboral ha conseguido su finalidad destructora), en algunas ocasiones por suicidio. Previamente, la víctima puede haber sido diagnosticada de personalidad paranoica, ansioso-depresiva o con alteraciones del carácter, al no considerar el profesional consultado que los síntomas tengan su origen en una agresión externa continuada. (6)

La víctima ideal del acoso laboral es un individuo que cuenta con un cúmulo de virtudes profesionales y personales. Precisamente levantan ciertas envidias y son consideradas como amenazantes, ya sea porque son brillantes o atractivas. Por lo general son personas honestas, con valores éticos muy sólidos que acostumbran ayudar a otras personas, aunque tienen dificultad para aceptar que otros les ayuden en sus labores. Asimismo, se les describe como personas escrupulosas y perfeccionistas, apegadas al orden y a la responsabilidad, tanto en el ámbito de laboral, social, familiar y personal. Les gusta el orden y su deseo por hacer bien las cosas, generalmente las lleva a aceptar más responsabilidades que el resto de sus compañeros, lo que contribuye a que se sientan agobiados. (2)

Uno de los instrumentos más utilizados en la investigación ha sido el NAQ (Negative Acts Questionnaire) de Einarsen; mediante esta escala, se pide a los participantes que respondan con qué frecuencia, en los últimos 6 meses, han padecido cada uno de los 22 actos negativos que se citan, con cinco anclajes de respuesta (desde "nunca" hasta "diariamente"). La consistencia interna de la escala, medida en sucesivos estudios ha sido de .87, 0.92, .83 y .91. Un análisis factorial realizado por Einarsen y Raikes extrajo 5 factores principales (difamación personal, acoso relacionado con el trabajo, exclusión social, control social y abuso físico) y una adecuada validez empírica (utilizando como variables escalas de satisfacción laboral, salud psicológica y problemas psicosomáticos).(7) Otro cuestionario, IVAPT-PANDO, surge de la necesidad de elaborar un instrumento capaz de evaluar el acoso laboral, diferenciándolo de la violencia psicológica en general, dentro del ámbito laboral. Se desarrolló un listado de reactivos que

representarán los indicadores más adecuados de la violencia y acoso psicológico en el trabajo de manera diferencial, mismos que fueron revisados por sujetos voluntarios y por un grupo internacional de expertos de España, Chile, Honduras, México, Perú y Venezuela, tras lo cual se llevó a cabo una evaluación estadística del citado instrumento y quedó con 22 reactivos.(8) Con el fin de establecer la frecuencia de acoso laboral en una organización, se ha desarrollado un cuestionario, el Inventario de terror psicológico de Leymann; este método es el más utilizado de todos, ha sido validado y tiene una mayor capacidad para diferenciar entre empleados que son y no son acosados. También muestra que esta situación social no es lineal, es decir, la gente casi nunca sufre de grados de acoso moral, o es una víctima o no lo es. (3) Consta de 46 reactivos (versión original) y 60 en la versión corregida por González y Rivera, que representan distintas conductas típicas de acoso laboral. En cada reactivo el encuestado debe indicar la frecuencia de ocurrencia en una escala de 4 anclajes de respuesta. Con este cuestionario se han realizado análisis factoriales obteniendo resultados similares. También se extrajeron los siguientes factores: "aislamiento social " y "medidas organizacionales" con una consistencia interna por encima de .80; "ataques a la vida privada", "ataques a las actitudes" y "difundir rumores", entre el .70 a .80 y "violencia física" por debajo de .60.(7) El cuadro clínico de las personas sometidas a acoso laboral es con frecuencia clasificado como un síndrome de estrés postraumático o un trastorno por ansiedad generalizada.(9) Estos cambios son la sensación de estar en peligro constante y la actitud de sospecha (cuando ha predominado una respuesta obsesiva), sensación de vacío y desesperanza (si la respuesta principal fue depresiva), o la persistencia de

aislamiento (cuando la actitud predominante fue resignarse a la situación). El proyecto de investigación más amplio hasta el momento, se llevó a cabo en Suecia; cerca de 2400 empleados, que representan una muestra de la población activa total sueca, fueron entrevistados. Las estadísticas epidemiológicas revelan que 3.5% entra dentro de la definición de acoso laboral. Esta prevalencia significa que 154 mil de la población activa de 4.4 millones de empleados hombres y mujeres en Suecia fueron sometidos a acoso moral. Un cálculo epidemiológico basado en este estudio reveló una incidencia de 120 000 personas al año como "recién llegados". El tiempo de la tensión promedio de este grupo, sometido a acoso laboral por lo menos 6 meses, fue de 1.25 años (15 meses), un período muy largo de acoso laboral. Suponiendo una duración media de 30 años en el mercado de trabajo, el riesgo del individuo de ser sometido a acoso laboral es de 25%, es decir, uno de cada cuatro empleados en el mercado laboral tendrá riesgo de ser sometido a por lo menos un período de acoso laboral de al menos una duración mínima de seis meses durante su carrera profesional. El estudio muestra que el 76% de los hombres son acosados por otros hombres, mientras que sólo el 3% fueron atacados por las mujeres. Sólo el 21% de los hombres son acosados por otros hombres, mientras que sólo el 3% fueron atacados por las mujeres. Sólo el 21% de los hombres son acosados por ambos sexos. Por otro lado, el 40% de las mujeres son acosadas por otras mujeres, 30% por hombres y otro 30% por ambos sexos. Esto no debe interpretarse de acuerdo con el género. La explicación de por qué los hombres son principalmente acosados por otros hombres y mujeres por mujeres debe ser interpretada como una consecuencia estructural todavía está dividida: los hombres trabajan frecuentemente junto con hombres y mujeres

con mujeres.(1) Una mayor proporción de estos empleados acosados (el estudio indica que aproximadamente 10-20%) parece contraer graves enfermedades o suicidarse. En Suecia, con cerca de 1800 suicidios cada año, un porcentaje puede ser causado por este tipo de problema en el trabajo. En ese país existía una clínica especial para las víctimas de acoso laboral, un 80% de los pacientes había sufrido de pensamientos suicidas, el 25% de ellos habían hecho un intento (1). En un estudio realizado en Bosnia y Herzegovina (10) se informa que más de tres cuartas partes de los médicos han estado expuestos a uno o más tipos de acoso moral en el comportamiento del año anterior. El número de casos de acoso laboral auto reportado en ese estudio es superior a la cifra reportada previamente para el sector salud; los médicos de ambos sexos se ven afectados por igual por acoso moral, independientemente de su edad u origen social.

En el 2005 se estimó en Argentina, según referencia de los médicos residentes, la frecuencia con que han sufrido situaciones de violencia física, psicológica o sexual, durante su formación y establecer quiénes han sido los perpetradores de estos actos; respondieron la encuesta 322 residentes (55% mujeres), el 72% correspondía a residencias de orientación clínica, el 22% a quirúrgicas y el 6% a diagnósticas. El 89% de los residentes refirió haber recibido algún tipo de maltrato señalando en promedio ocho ítems cada uno. No se encontraron diferencias entre los centros participantes. El 75% de los residentes refirió haber sufrido críticas por no realizar tareas administrativas, 64% haber recibido gritos, 57% haber sido humillado en público por sus errores, 13% haber sido amenazado con sufrir perjuicios físicos, 10% haber recibido comentarios no deseados de índole sexual,

7% haber sido expuesto a material de contenido pornográfico sin haberlo solicitado; 15% refirió haber sufrido golpes, empujones y 10% haber sufrido discriminación religiosa o racial. Los responsables del maltrato referidos con mayor frecuencia fueron: residentes superiores (26%), jefes de residentes (19%), médicos de planta (14%), jefes de sala (8%) y enfermeros (8%). Existe una alta prevalencia de maltrato dentro de la residencia, siendo los principales responsables los residentes de años superiores.(11) En Australia, se calculó algunos de los costos de estos y otros casos de enfermedades relacionadas con el estrés. Los costos de la sociedad australiana para licencias a empleados por maltrato en el lugar de trabajo son muy grandes. La principal crítica se centra en el hecho de que estos empleados, después de largos periodos de ser sometidos a condiciones de trabajo psicológicamente muy degradantes, con el tiempo consultaron a sus médicos que diagnosticaron "estrés". Se critica que la industria de la salud, utilizando este procedimiento, se centra en "estar enfermo", "no está bien", o "no ser capaz de soportar el esfuerzo de la vida laboral", en lugar de obligar a la administración a llevar a cabo indagaciones sobre las condiciones de trabajo que producen las enfermedades. El resultado de este tipo de políticas no reconoce la gestión de cualquier incentivo para reorganizar los procedimientos de trabajo o el entorno social de sus empresas (12).

Un economista de empresa sueco desarrollo detalladas listas con el fin de calcular los costos de la empresa para las bajas por enfermedad repetitivas o largo plazo. Fue capaz de demostrar que era menos costoso para una empresa calcular los costos de la empresa para las bajas por enfermedad repetitivas o largo plazo. 13)



## MATERIAL Y MÉTODOS

### Población

Se realizó un estudio bajo el diseño de un modelo transversal, analítico, observacional. Conformado por una muestra de 19 médicos residentes de Cirugía (segundo y tercer año), 19 de Medicina Interna (segundo y tercer año) adscritos a una unidad hospitalaria de tercer nivel, y 18 de Medicina familiar (segundo año), adscritos a una unidad de primer nivel, en Veracruz, Ver. Métodos

El instrumento que se aplicó fue el Inventario de Acoso Laboral de Leymann, el cual ya se encuentra validado; Para la corrección del Inventario se han establecido tres parámetros globales: **NEAP**= Número total de estrategias de acoso psicológico, se obtuvo sumando todas las respuestas distintas de cero. **IGAP**= Índice global de acoso psicológico, se obtuvo sumando los valores asignados a cada estrategia de acoso psicológico y dividiendo esta suma entre el número total de estrategias consideradas en el cuestionario, es decir 60; estimó el efecto que las estrategias de acoso tienen sobre la víctima. **IMAP**: Índice medio de acoso psicológico, se obtuvo dividiendo la suma de los valores asignados a cada estrategia entre el número total de respuestas positivas; cuantifico la intensidad y frecuencia de las conductas de acoso sufridas.

Diferencias muy notables entre IMAP e IGAP indican que el sujeto sufre pocas conductas de acoso, pero que éstas son muy intensas.

También se aplicó un cuestionario sociodemográfico donde se pregunta el sexo, edad, estado civil, tipo y año de residencia, área de acoso laboral y unidad médica de adscripción.

Ambos cuestionarios fueron anónimos, para disminuir el temor a contestarlo y evitar la eliminación de la investigación de los participantes.

El estudio se realizó durante el período de marzo a junio del 2011, previa aceptación del Comité de Investigación y Ética del Hospital.

Se excluyó de la investigación a los residentes que tuvieran menos de seis meses de estancia en su unidad de adscripción y se eliminaron aquellos con cuestionarios incompletos.

### Análisis estadístico

Para el análisis de la información se creó una base de datos con el programa Excel de Windows y se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 15.00. Los resultados, que tendrán un valor significativo con  $p < 0.05$ . Mediante el empleo de T de Student se comparó la edad, pues es una variable numérica continua. La U de Mann-Whitney se utilizó para analizar el índice medio de acoso y el número de estrategias de acoso. La presencia y grado de acoso laboral comparativo entre Cirugía, Medicina interna y Medicina familiar se llevó a cabo a través de Anova.

## RESULTADOS

La población muestra estuvo integrada por 56 médicos residentes: 19 de la especialidad de Cirugía, 19 de Medicina interna y 18 de Medicina familiar adscritos a la UMAE 14 y UMF No. 61, adscritos a la UMAE No. 14 y a la UMF No. 61, respectivamente. Predominó el sexo masculino con un 60.7%. La edad promedio de los residentes de Cirugía fue de  $30.05 \pm 1.177$ , de Medicina Interna  $29.05 \text{ años} \pm 4.012$  y de  $28.8 \text{ años} \pm 3.568$  para Medicina Familiar; con un promedio general de  $29.4$ , ( $\pm 4.203$ ) y un rango de 27 a 42 años. El 67.8% eran solteros, no hubo viudos. (Cuadro I). Se eliminaron a los residentes que no respondieron completo el cuestionario, los que estaban de vacaciones, incapacitados, en rotación externa y a los que tenían menos de 6 meses en su unidad de adscripción.

El promedio del número de estrategias de acoso psicológico y el índice global de acoso psicológico fueron mayores en Cirugía, con  $53.1 \pm 4.875$  y  $.935 \pm .082$  respectivamente, que en el resto de las residencias médicas; de la IGAP se obtuvieron además la mínima y la máxima, pero del NEAP no, porque no es significativo para medir el Acoso laboral (Cuadro II).

El índice medio de acoso psicológico nos da la cifra más importante de todas y en Cirugía fue de  $1.93 \pm .236$ , por encima de Medicina interna y Medicina familiar. Hablando nuevamente de género, el IMAP global fue mayor en el sexo masculino, con  $1.55 \pm .440$ ; sin embargo, a nivel de las especialidades, en cada una de ellas, fue mayor en las mujeres, Respecto año académico, fue mayor el IMAP en médicos residentes de tercer año  $1.69 \pm .394$ , que en los de segundo (Cuadro III)

En cuanto a las áreas de trabajo en la cual los residentes médicos perciben acoso laboral fue mayor de en hospitalización (Gráfico I)

El análisis que se realizó con ANOVA, tanto del número de estrategias de acoso psicológico y del índice medio de acoso psicológico, corresponde a un valor  $p = .000$ , por lo tanto son estadísticamente significativos, indicando presencia de acoso laboral en los médicos residentes. Se obtuvo una  $F = 37.052$  en el número de estrategias de acoso psicológico y  $F = 41.214$  en el índice medio de acoso psicológico, por lo tanto, existe una diferencia significativa, relacionada con la presencia de acoso laboral, entre las residencias médicas de Cirugía, Medicina familiar y Medicina interna (Cuadro IV).

**Cuadro I. Características socio-demográficas de los médicos residentes**

Variables	Total n=56		Cirugía n=38		Med Int N=18		Medicina familiar n=18	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%	Frec.	%
<b><u>Genero</u></b>								
Masculino	34	60.7	16	28.57	13	23.21	5	27.78
Femenino	22	39.2	3	5.36	6	10.72	13	72.22
<b><u>Estado civil</u></b>								
Soltero	38	67.8	16	28.57	15	26.79	7	38.89
Casado	12	21.4	3	5.36	4	7.14	5	27.78
Divorciado	2	3.5	0	0.0	0	0.0	2	11.11
Viudo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.00
Unión libre	4	7.14	0	0.0	0	0.0	4	22.22
<b><u>Año académico</u></b>								
Segundo	36	64.2	6	10.71	12	21.43	18	100
Tercero	20	35.7	13	23.21	3	5.36	0	0

**Cuadro II. NEAP e IGAP en médicos residentes por especialidad.**

	NEAP		IGAP			
	Media	SD	Media	Mínima	Máxima	SD
Cirugía	53.1	4.8	.935	.85	1.12	.082
Medicina interna	36.0	8.8	.605	.5	1.17	.148
Medicina familiar	33.5	12	.591	.45	1.18	.210

IGAP=Índice global de acoso psicológico. IMAP=Índice medio de acoso psicológico.

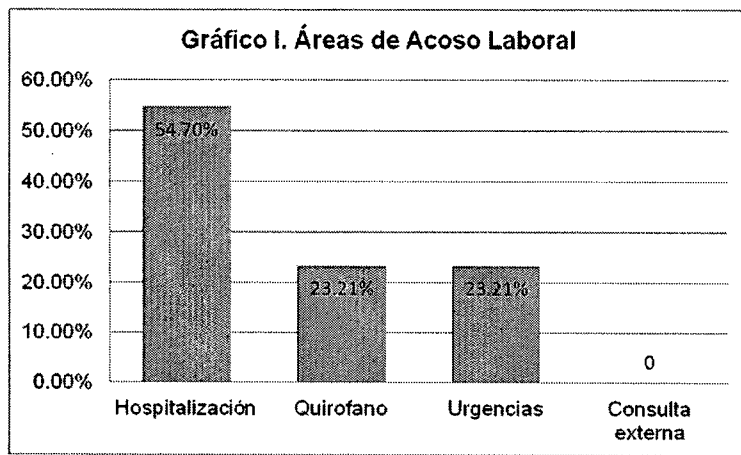
**Cuadro III. IMAP con SD en médicos residentes por especialidad, sexo y años de residencia.**

	IMAP				SD			
	♀	♂	Mínima	Máxima	♀	♂		
<b><u>Residencia médica</u></b>								
Cirugía	1.93	2.21	1.88	1.50	2.39	.196	.236	.210
Medicina interna	1.13	1.18	1.12	.91	2.12	.374	.271	.374
Medicina familiar	1.39	1.63	1.61	1.0	1.63	.340	.421	.574
<b>Total</b>		1.48	1.55			.484		.440
<b><u>Año</u></b>								
Segundo	1.38					.498		
Tercero	1.69					.394		

**Cuadro IV. Comparación del acoso laboral en Cirugía, Medicina interna y Medicina familiar.**

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
<b>IMAP</b>					
Intergrupos	6.783	2	3.339	37.052	.000
Intragrupos	4.851	53	.092		
<b>Total</b>	<b>11.634</b>	<b>2</b>			
<b>NEAP</b>					
Intergrupos	5942.997	2	2971.499	41.214	.000
Intragrupos	3821.217	53	72.098		
<b>Total</b>	<b>9764.214</b>	<b>55</b>			

**P= .000**



## DISCUSIÓN

Nuestro estudio se realizó con personal sanitario tomando en cuenta a diversos autores que lo consideran un grupo de riesgo (Pranjčić, Wen-Ching Chen) y por las facilidades que represento para la autora por ser su campo de trabajo. Tal como lo observaron Mejía y cols. en Argentina, existe una asociación significativa entre el tipo de especialidad y la presencia de acoso laboral, siendo mayor en Cirugía, ya que es una de las más arduas y exigentes, seguida de Medicina Interna y en menor grado Medicina familiar, aunque fue un sujeto de esta última especialidad el que obtuvo el IMAP más alto de los 56 que se analizaron. Respecto a las víctimas, tienen en promedio una edad menor de 30 años, lo cual puede ser por una sobrerrepresentación en la muestra, pero coincide con Piñuel y Zavala, al igual que el hecho de observar una elevada incidencia entre trabajadores eventuales o temporales (en este caso, residentes médicos). Contrario a lo que pudiera pensarse, los residentes de tercer año tuvieron una media de acoso laboral mayor que los de segundo, debido a que el acoso debe ser constante y sistemático (Leyman), por eso entre más antigüedad tiene el trabajador, más posibilidades tiene de sufrirlo. Al igual que en la mayoría de los estudios europeos, en el nuestro, el acoso laboral afecta a ambos sexos por igual, aunque, analizando cada una de las residencias, es mayor en las mujeres residentes de Cirugía que en los varones de esta misma especialidad, en concordancia con los estudios suecos, de Prieto-Orzanco y de Wen-Ching Chen que afirman que las mujeres son más susceptibles a convertirse en víctimas, por el machismo imperante en la sociedad. En cuanto al área donde los sujetos afirmaron sentir presencia de acoso

laboral, fue mayor en hospitalización que en quirófano, urgencias y consulta externa, posiblemente porque todos los residentes rotan constantemente en la primera, mientras que aunque el estrés y las jerarquías del quirófano son mayores, lo cual es factor de provocar mayor acoso laboral, es área de acción fundamental y casi exclusiva de los residentes de Cirugía. Finalmente, aspectos demográficos que fueron analizados, como el estado civil, no son factores de riesgo importantes para la presencia de acoso laboral, tal y como se encontró en la literatura consultada.



## CONCLUSIONES

En este estudio obtuvimos que cursar una especialidad quirúrgica, especialmente si se es mujer, y tener más tiempo dentro del régimen de residencia, son factores de riesgo para presentar acoso laboral intenso en médicos residentes, sin encontrarse significativos factores como la edad.

Respecto al hecho de que Cirugía y Medicina Interna tengan índices de acoso laboral mayores que en Medicina Familiar, se explica porque tradicionalmente son residencias médicas con un alto grado de exigencia, con jornadas exhaustivas y poco tiempo libre para la vida social y / o familiar, girando la vida de estos residentes, en gran parte durante su formación, entorno al ambiente hospitalario, provocando que las relaciones entre ellos sean muy personales e intensas, por lo que cualquier roce o conflicto personal puede fácilmente ser manejado a través de las jerarquías, con detrimento de los residentes de menor jerarquía, no obstante, no hay que olvidar que el acoso debe ser sistemático y recurrente, lo cual explica que aunque la mayor parte de los sujetos refiere sufrir algún tipo de acoso laboral, es más intenso en el tercer año, ya que ellos pueden sufrir acoso tanto de sus residentes superiores como de sus médicos adscritos y sus propios compañeros.

Hablando de la especialidad de Medicina Familiar tuvo una intensidad de acoso laboral menor que en las anteriores especialidades, aunque también tiene enorme grado de responsabilidad y estudio.

Aún falta mucho por hacer con respecto al Acoso Laboral en nuestro país, porque ni siquiera se reconoce como tal, mucho menos existen leyes que lo castiguen, ni

centros especializados para tratar a las víctimas, como en Europa. Como personal de salud e institución derechohabiente estamos obligados a prevenir, detectar y tratar el Acoso Laboral, en mi primer lugar a nuestros propios trabajadores y especialmente a los médicos en formación, ya que difícilmente se podrá dar una atención de calidad y calidez a los pacientes, si los encargados de salvaguardar la salud y la vida de la población sufren abusos en su trabajo, con las que pueden provocar patologías tan graves como la depresión, con el consecuente intento de suicidio, por solo mencionar una de las posibles consecuencias del ataque.

Sugiriendo que en futuros trabajos de investigación se identifique a los victimarios, se apliquen escalas de depresión en las víctimas y se de seguimiento para castigar a los primeros y ayudar a los segundos. Lo ideal es que los exámenes psicométricos de entrada a las residencias médicas se apliquen de manera estricta para evitar que dañados mentales lleguen a puestos jerárquicos donde ejerzan el acoso laboral hacia subalternos, iguales o superiores, porque también puede ocurrir esto último. Nunca olvidando que lo ideal es prevenir el daño.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1)Leymann H. Mobbing Encyclopaedia. Bullying; Whistleblowing. Information about Mobbing at the Workplace.
- (2)Apiquian-Guitart, A. México, D.F. El acoso moral o psicológico en el trabajo: Mobbing. Coordinadora de Psicología Laboral.1-5.
- (3)Leymann,H. Mobbing and Psychological Terror at Workplaces. Vict Violencia 1992; 5 (2): 119-126.
- (4)Piñuel y Zabala, I. Mobbing: La lenta y silenciosa alternativa al despido. 2001;14.
- (5)Leymann, H. Contenido y desarrollo del acoso grupal/moral (mobbing) en el trabajo. European Journal of Work and Organizational Psychology 1996;5 (2):165-184.
- (6)Prieto-Orzanco, A.Harassment at work (mobbing) and its effects on health. Aten Primaria 2005 ;35 (4):213-216.
- (7)Soler-Sánchez MI. La evaluación de los factores de riesgo psicosocial del trabajo en el sector hortofrutícola: el cuestionario FAPSIHOS. MI. Universidad de Murcia, Departamento de psiquiatría y psicología social 2008: 4-379.
- (8)Pando-Moreno M, Aranda-Beltrán C, Preciado-Serrano L, Franco-Chávez S, Salazar-Estrada. Validez y confiabilidad del Inventario de Violencia y Acoso Psicológico en el Trabajo (IVAPT-PANDO). Enseñanza e investigación en

psicología. 2006; 11 (2): 319-332.

(9) De la Gándara MJ, Álvarez -Monteserin T. Mobbing y salud: mitos y realidades. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2003; 4 (2):13-8.

(10)Pranjic N, Ljiljana MB, Azijada B, Jadranka M. Mobbing, Stress, and Work Ability Index among Physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. *Croat Med J.* 2006; 47 (5):750-758.

(11)Mejía R, Diego M, Alemán M, Maliandi MR, La Sala F. Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos. *Medicina (B Aires)* 2005; 65 (4): 295-301.

(12)Toohey, J. *Occupational stress: Managing a metaphor.* Sidney, Australia. Ed. Mcquarie University. 1992

(13)Johanson, U. *Developing the human capital.* Estocolmo, Suecia. Sociedad Psicoanalítica Sueca-Verlag. 1987

(14) Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, 22ª. ed., Madrid, Espasa, 2001, ISBN 84 239-6813-8

(14) Wen-Ching C, Yu-Hua S, Tsuo-Hung L, Tsien-Jane C. Incident an Risk Factors of Workplace Violence on Nursing Staffs Carring for Chronic Psychiatric Patients in Taiwan. *Int J Environ Public Health* 2009; 6 (11); 2812-2821

## AGRADECIMIENTOS

A Dios,

Porque si él está conmigo ¿Quién está contra mí?

A mis padres:

Porque me dieron la vida, el amor, los valores morales y los medios económicos para salir adelante. Por apoyarme siempre en mis decisiones y porque nunca han dejado de creer en mí. Ustedes son el motor que impulsa mi existencia, el cariño más honesto que tengo.

A mis hermanos:

Por soportar mis cambios de humor y porque desde la carrera profesional, de una u otra manera, siempre me han apoyado con pequeños detalles que fueron vitales para la culminación de este hermoso sueño. Gracias por todo lo que han hecho por mí.

A mis profesores:

Por su invaluable enseñanza, por transmitirme toda su experiencia y por su paciencia. Me llevo todo lo bueno de cada uno.

A mis amigos y compañeros:

Por hacer tolerable estos dos últimos años, por compartir nuestras vivencias, nuestras alegrías y nuestras angustias.