

Resiliencia, percepción de maltrato y salud mental en médicos residentes

Resilience, perceived mistreatment and mental health in medical residents

Natalia Zárate-Camargo¹,  María Luisa Marván²,  Francisco Javier Rosas-Santiago³ 

DOI: 10.19136/hs.a23n2.5861

Artículo Original

• Fecha de recibido: 5 de junio de 2024 • Fecha de aceptado: 21 de agosto de 2024 • Fecha de publicación: 30 de agosto de 2024

Autor de correspondencia

Francisco Javier Rosas-Santiago. Dirección postal: Luis Castelazo Ayala S/N
Colonia Industrial Animas 91000, Xalapa, Veracruz, México.
Correo electrónico: frosas@uv.mx

Resumen

Objetivo: Analizar la influencia de la resiliencia y el maltrato percibido sobre indicadores de salud mental y satisfacción con la residencia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional transversal con 147 médicos residentes, quienes respondieron el Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), la Escala de Resiliencia de 14 preguntas de Walgnid, así como preguntas relacionadas con la satisfacción con la residencia, la percepción del maltrato recibido y del deterioro de la salud mental. Se realizaron análisis de correlación y regresión logística binaria. El estudio fue avalado por un Comité de Ética en Investigación.

Resultados: La resiliencia no se relacionó con ninguna de las variables de interés, por otro lado, los participantes de primero y segundo año que percibieron maltrato tienen una mayor probabilidad de presentar puntuaciones elevadas de estrés y percibir un mayor deterioro de la salud mental. En los estudiantes de segundo y tercer año, la percepción de maltrato predijo de manera negativa la satisfacción con la residencia. No hubo resultados significativos al analizar los resultados de los participantes de cuarto año.

Conclusiones: Los resultados del estudio cuestionan el papel de la resiliencia como factor protector de la salud mental frente a circunstancias adversas experimentadas por los médicos residentes durante su formación, y enfatizan el impacto negativo de los malos tratos en los primeros años del proceso formativo de futuros médicos especialistas.

Palabras clave: Violencia Laboral; Resiliencia; Salud mental; Internado y Residencia.

Abstract

Objective: This study aims to analyze the influence of resilience and perceived mistreatment on mental health and the satisfaction with the residency.

Materials and Methods: An observational cross-sectional study carried out with 147 medical residents who answered the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21), the Walgnid 14-item Resilience Scale and questions related to satisfaction with the residency, perception of received mistreatment and deterioration in mental health. Correlation and logistic binary regression analyses were made. The study was endorsed by an Ethics in Research Committee.

Results: Resilience did not correlate with any of the variables of interest, on the other hand, participants of first and second year who perceived mistreatment had a higher probability of showing high stress and to perceive a greater deterioration in mental health. In students of second and third year, perceived mistreatment negatively predicted the satisfaction with residency. There were no significant results when analyzing participants of fourth year.

Conclusions: The results of this study question the role of resiliency as a protective factor for mental health in the face of adverse circumstances experienced by medical residents during their training and emphasize the negative impact of mistreatment in the formative process of future specialists.

Keywords: Workplace Violence; Resilience; Mental Health; Internship and Residency.

¹ Maestra en Investigación Psicológica, estudiante del Doctorado en Psicología del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

² Doctora en Ciencias Biomédicas, Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.

³ Doctor en Psicología, Investigador del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Xalapa, Veracruz, México.



Introducción

Los médicos residentes experimentan riesgos para su salud durante el periodo de formación, pues se exponen a altos niveles de estrés atribuibles a: la percepción de intensa carga laboral, las extensas jornadas laborales y la escasez de tiempo para el descanso, la dificultad para tomar vacaciones y las guardias nocturnas¹. Además del estrés, los médicos residentes se encuentran en riesgo de desarrollar otros problemas de salud mental, se ha encontrado una alta prevalencia de síntomas de ansiedad durante la formación, más del 50% de los residentes presentan altos niveles de ansiedad², esto se ha observado que aumenta en los días de guardia. Así también, los médicos durante esta etapa tienen alrededor de un 20% de probabilidad de desarrollar sintomatología depresiva, esto se ha mostrado que se relaciona con mayores errores médicos relacionados a la medicación, los diagnósticos y los procedimientos³. Se ha descrito a la residencia médica como un proceso educativo que trae consigo desbalance temporal, es decir, alteraciones en su bienestar emocional y psicológico, donde los residentes terminan sacrificando aspectos fundamentales de su vida personal lo que contribuye a un mayor agotamiento físico y emocional⁴. Este desajuste va cambiando conforme avanza la residencia y el proceso de adaptación a la misma⁵.

Más de la mitad de los médicos residentes han reportado haber experimentado maltrato psicológico, académico y hasta físico durante su formación⁶. En un estudio con médicos residentes y médicos de facultad en Estados Unidos, 48% de los residentes informaron haber recibido maltrato siendo más frecuentes las situaciones de vergüenza y humillaciones públicas principalmente de parte de profesores, enfermeros y otros residentes⁷. En México se ha documentado que alrededor del 55% de los residentes reportaron haber sufrido algún tipo de maltrato por sus pares o superiores⁶. Estas problemáticas varían dependiendo del grado de residencia, pues en algunos estudios se ha encontrado que los residentes de primero y segundo grado suelen ver el ambiente académico como una fuente directa de maltrato, mientras que los de tercer grado lo consideraron como menos frecuente⁸. Las experiencias de maltrato que se han reportado más frecuentes son las humillaciones, las guardias de castigo, la limitación de la enseñanza, el maltrato físico relacionado a los golpes, la privación de la satisfacción de necesidades básicas como el alimento y el ir al baño⁶. En los médicos, las experiencias de maltrato incrementan la probabilidad de presentar un incremento en los niveles de burnout, disminución en la realización profesional y un 129% más de probabilidades de intentar abandonar la residencia⁹.

La asignación y evaluación de tareas durante la residencia se da desde un sentido jerárquico. La organización jerárquica del trabajo podría favorecer las buenas prácticas médicas asistenciales por medio de la supervisión clínica, pero

también se relaciona con entornos de aprendizaje que limitan la libre expresión y perpetúan el maltrato¹⁰. Las conductas de abuso y acoso, aunque a menudo se consideran parte de la cultura tradicional de la formación médica, tienen repercusiones negativas tanto para la salud mental del médico en formación, como para la calidad de la atención que este brinda a los pacientes durante la residencia¹¹. Se ha sugerido que los residentes podrían verse beneficiados al experimentar directamente un trato respetuoso y amable, que permita desarrollarse como profesionales capaces de tratar a otros y preocuparse por su salud y bienestar¹².

Han surgido diversos conceptos y líneas de investigación con el fin de comprender factores que protegen el bienestar de residentes médicos en medio de la adversidad que experimentan durante la formación. Uno de ellos es la resiliencia, entendida como la capacidad de adaptarse de manera exitosa a la adversidad, a los eventos estresantes, las amenazas significativas o al trauma¹³, misma que se relaciona con el bienestar de los residentes y su satisfacción profesional¹⁴ y se ha identificado como un factor que mitiga el impacto del estrés y otras problemáticas psicológicas pues se ha observado que quienes presentan mayor resiliencia muestran puntuaciones menores de estrés, ansiedad y depresión¹⁵.

Los entornos personales y profesionales tienen una fuerte influencia en la capacidad de las personas para desarrollar la resiliencia, las conexiones con otras personas dentro y fuera del contexto médico resultan esenciales para apoyar el desarrollo de la resiliencia, al igual que encontrar significado a las experiencias¹⁶.

A pesar de ello, hay quienes afirman que el foco de la atención para la investigación y la intervención en el personal de salud no debería centrarse en encontrar las formas en que las personas se adaptan a medios hostiles y adversos, sino en la modificación de las deficiencias del sistema que perpetúa la existencia de estos medios¹⁷ pues de esa forma se promueve una cultura de la paz, esto visto como un conjunto de valores, actitudes y conductas de las personas en una sociedad que rechazan la violencia y garantizan el ejercicio de todos los derechos¹⁸.

Algunos modelos teóricos consideran que la resiliencia se genera tras haber experimentado un proceso temporal de adversidad¹⁹, otros afirman que se trata de un rasgo de la personalidad²⁰. La investigación al respecto en muestras de residentes se ha llevado a cabo sin tomar en consideración los factores estructurales y sociales que puedan relacionarse positiva o negativamente con las capacidades personales para resistir y adaptarse. En este sentido, identificar cómo el maltrato experimentado por los médicos residentes y la resiliencia se asocian con su salud mental y bienestar subjetivo, puede allanar el camino hacia estrategias de prevención y soporte.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre la resiliencia y la percepción de maltrato recibido sobre el estrés, la ansiedad y la depresión, la percepción del deterioro de la salud mental y la satisfacción con la residencia en médicos residentes, así como identificar la relación entre la resiliencia, la percepción de maltrato recibido y las variables mencionadas, comparar las diferencias entre el grupo que percibe recibir maltrato y el que no lo percibe en las puntuaciones de estas variables por año de residencia y establecer el valor predictivo de la percepción del maltrato recibido sobre las variables estudiadas por año de residencia.

Materiales y método

Se realizó un estudio observacional transversal con una muestra no probabilística por conveniencia, casual de 147 médicos residentes de distintas especialidades que estaban estudiando en el Centro de Alta Especialidad del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio” en Xalapa, Veracruz. De los 147 participantes, 43 estaban en el primer año de residencia, 61 en el segundo, 32 en el tercero, y 11 en el cuarto. Hubo 65 mujeres y 82 hombres. En cuanto a la edad, 87 tenían entre 24 y 29 años, y el resto tenían 30 años o más. El criterio de inclusión consistió en ser médico residente cursando del primero al cuarto año de la especialidad y se tomó como criterio de exclusión que reportaran haber recibido algún diagnóstico psiquiátrico. Se eliminaron a los participantes que no completaran alguna de las evaluaciones.

Se aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos con información relacionada con el sexo, edad, estado civil, año de especialidad, entre otras, junto con los siguientes instrumentos:

Escala de Resiliencia (ER-14) de Wagnild, validada en México²¹. Consta de 14 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert desde 1 “total desacuerdo” hasta 7 “total acuerdo”, de tal manera que un puntaje mayor indica mayor nivel de resiliencia. Su confiabilidad, utilizando el alfa de Cronbach, fue de .931 en el presente estudio.

La percepción de maltrato recibido se midió promediando los resultados de las siguientes preguntas diseñadas para este estudio: ¿Con qué frecuencia ha recibido malos tratos durante la residencia? y ¿Con qué frecuencia se ha sentido mal debido a algún maltrato recibido? Fueron preguntas con respuestas de escala tipo Likert que iban desde 1 “nunca” hasta 5 “siempre”, de tal manera que los puntajes elevados indican un mayor maltrato percibido.

Para medir la salud mental se utilizó la versión abreviada del instrumento Escalas de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21) validado en México²². Está conformado por tres dimensiones que analizan por separado la frecuencia con la

que el sujeto ha experimentado síntomas de estrés, depresión y ansiedad. Cada dimensión se compone de siete reactivos con respuestas en una escala de tipo Likert (desde 0 “no me ha ocurrido” hasta 3 “la mayor parte del tiempo”), siendo que los puntajes más elevados indican mayor grado de estrés, depresión o ansiedad. La confiabilidad de las tres dimensiones en este estudio osciló entre .724 y .914.

Por otro lado, para medir la percepción de deterioro de la salud mental, se pidió a los participantes que completaran la siguiente afirmación: “Desde el inicio de la residencia, su salud mental ha...:” con respuestas que van de 1 (mejorado significativamente) a 5 (empeorado significativamente).

Finalmente, la satisfacción con la residencia se midió promediando tres preguntas con una escala de respuesta tipo Likert (desde 1 “nada satisfecho” hasta 5 “completamente satisfecho”) diseñadas para este estudio (¿Qué tan satisfecho se encuentra con lo aprendido en lo que va de la residencia?, ¿qué tan satisfecho está actualmente con el ambiente de trabajo? y ¿qué tan satisfecho está actualmente con su desempeño durante la residencia?). De manera semejante, se diseñaron seis preguntas utilizando la misma escala Likert para medir la satisfacción con la vida privada durante la residencia (e.g. ¿Qué tan satisfecho está con su vida social?).

Previo autorización de los directivos del hospital y de los jefes de residentes de cada servicio, se invitó a los residentes a participar en el estudio. Dicha convocatoria se realizó durante las sesiones generales que se llevan a cabo en los diferentes servicios del hospital. La investigadora se puso de acuerdo con los residentes interesados para aplicarles los instrumentos en una fecha y horario determinados. Los participantes respondieron los cuestionarios en un espacio privado del hospital donde se encontraban llevando a cabo sus actividades.

Para analizar los datos se utilizó el SPSS versión 25. Debido a que los datos tuvieron una distribución no normal según la prueba de Kolmogorov Smirnov, se utilizó estadística no paramétrica. Se realizaron correlaciones de Spearman entre la resiliencia y las siguientes variables: estrés, ansiedad, depresión, percepción de deterioro de la salud mental, satisfacción con la vida privada y satisfacción con la residencia. También se calcularon las correlaciones entre la percepción de maltrato recibido y las variables mencionadas.

Los análisis subsecuentes se hicieron de manera independiente para cada uno de los cuatro grados escolares (de primero a cuarto). Además, con los participantes de cada grado se hicieron dos grupos con base en su percepción de maltrato recibido: a) El grupo “con maltrato” lo conformaron aquéllos que puntuaron en promedio un puntaje mayor a 2, y b) el grupo “sin maltrato” los que tuvieron puntajes igual o menor

de 2, pues este puntaje indicaba que los participantes no habrían percibido malos tratos durante la residencia. Para comparar los puntajes de las variables relacionadas con la salud mental y con la satisfacción entre estos dos grupos se utilizó la U de Mann-Whitney. Finalmente, para establecer el poder predictivo de la percepción de maltrato recibido sobre las variables estudiadas se realizaron regresiones logísticas binarias con las variables de estrés, satisfacción con la residencia y percepción de deterioro de la salud mental. Para ello se dicotomizaron las variables utilizando como punto de corte el segundo tercil, de tal manera que el primer grupo lo constituyeron los residentes que puntuaron en los dos terciles inferiores, y el segundo los que puntuaron en el tercil superior.

Resultados

En los resultados del estudio se observó que la resiliencia no correlacionó significativamente con ninguna de las variables estudiadas y al analizar los niveles de resiliencia

no se encontraron diferencias significativas por año de residencia. Sin embargo, la percepción de maltrato recibido correlacionó positivamente con estrés, ansiedad, depresión y percepción de deterioro de la salud mental; además correlacionó negativamente con la satisfacción tanto con la vida privada como con la residencia (Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre percepción de maltrato recibido y las demás variables estudiadas.

| | Percepción de maltrato recibido |
|--|---------------------------------|
| Estrés | .325*** |
| Ansiedad | .154* |
| Depresión | .285*** |
| Percepción de deterioro de la salud mental | .401*** |
| Satisfacción con la vida privada | -.360** |
| Satisfacción con la residencia | -.246*** |

Nota: * p < .05 ** p < .01 *** p < .001

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Tabla 2. Rango promedio de las variables relacionadas con la salud mental y con la satisfacción en los residentes que percibieron maltrato y los que no lo percibieron.

| | 1er año | | | 2do año | | | 3er año | | | 4to año | | |
|------------|----------------|------------|------|----------------|------------|------|----------------|------------|------|----------------|------------|------|
| | Rango promedio | | p |
| N Maltrato | o Maltrato | N Maltrato | |
| P.D.S.M. | 15.15 | 27.96 | .001 | 21.95 | 36.10 | n.s. | 13.05 | 18.07 | n.s. | 6.25 | 5.86 | n.s. |
| Estrés | 16.68 | 26.63 | .009 | 22.09 | 36.03 | n.s. | 12.95 | 18.11 | n.s. | 6.25 | 5.86 | n.s. |
| Ansiedad | 18.85 | 24.74 | n.s. | 28.07 | 32.65 | n.s. | 13.35 | 17.93 | n.s. | 6.63 | 5.64 | n.s. |
| Depresión | 14.48 | 28.54 | .001 | 25.20 | 34.27 | n.s. | 15.95 | 16.75 | n.s. | 6.88 | 5.50 | n.s. |
| S.V.P. | 27.13 | 17.54 | .012 | 38.91 | 26.54 | .039 | 21.55 | 14.20 | .039 | 6 | 6 | n.s. |
| S.R. | 26.85 | 17.78 | .017 | 36.14 | 28.10 | .005 | 23.30 | 13.41 | .005 | 5.63 | 6.21 | n.s. |

Nota: P.D.S.M.= Percepción de deterioro de la salud mental; S.V.P.=Satisfacción con la Vida Privada; S.R.= Satisfacción con la Residencia; n.s.=no significativo

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Tabla 3. Valor predictivo de la percepción de maltrato recibido sobre percepción de deterioro de la salud mental, estrés y satisfacción con la residencia en función del año de residencia.

| | B | Error estándar | Wald | OR | 95-C.I. |
|--------------------|--------|----------------|--------|-----------|---------------|
| PRIMER AÑO | | | | | |
| P.D.S.M. | 2.428 | .733 | 10.956 | 11.333*** | 2.692-47.719 |
| Estrés | 2.503 | 1.111 | 5.071 | 12.214** | 1.383-107.865 |
| SEGUNDO AÑO | | | | | |
| P.D.S.M. | 1.914 | .595 | 10.359 | 6.781*** | 2.114-21.754 |
| Estrés | 1.376 | .703 | 3.829 | 3.958* | .998-15.702 |
| S.R. | -2.087 | .743 | 7.890 | .124** | .029-.532 |
| TERCERAÑO | | | | | |
| S.R. | -2.303 | .975 | 5.581 | .100* | .015-.676 |

Nota: * p < .05 ** p < .01 *** p < .001; P.D.S.M.= Percepción de deterioro de la salud mental; S.R.= Satisfacción con la Residencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos



Debido a que la percepción de maltrato recibido correlacionó tanto con las variables relacionadas con la salud mental como con las de satisfacción, los participantes se dividieron en dos grupos con base en su percepción de maltrato recibido, tal como se explicó en el análisis de datos.

En la tabla 2 se presentan las comparaciones de las variables estudiadas entre estos dos grupos de participantes. En los residentes de primer año, se observó que los que percibieron recibir maltrato mostraron un puntaje mayor que sus pares en la percepción de deterioro de la salud mental, estrés y depresión. En contraste, quienes no lo percibieron presentaron puntajes mayores en satisfacción tanto con la vida tanto privada como con la residencia. No se encontraron diferencias en la ansiedad. En los residentes de segundo año solo se encontraron diferencias en tres variables: los que percibieron recibir maltrato presentaron mayores puntajes en la percepción de deterioro de la salud mental y en estrés. Por el contrario, quienes no percibieron recibir maltrato mostraron mayores puntajes en la satisfacción con la vida privada. En los estudiantes de tercer año únicamente hubo dos variables que resultaron significativas: quienes percibieron recibir maltrato presentaron menor satisfacción tanto con la vida privada como con la residencia. Finalmente, en los residentes de cuarto año no se encontraron diferencias significativas al comparar los puntajes de las variables estudiadas entre los participantes que percibieron o no percibieron recibir maltrato.

En la tabla 3 se muestran los resultados de los modelos de regresiones. En todos los casos la variable independiente fue la percepción de maltrato recibido, y las variables dependientes fueron las que resultaron significativas en los análisis anteriores, es decir, estrés, depresión, percepción de deterioro de la salud mental, satisfacción con la vida privada y satisfacción con la residencia. Todos los modelos tuvieron un ajuste adecuado (prueba de Hosmer y Lemeshow $p > .05$).

En los estudiantes de primer año el maltrato predijo tanto la percepción de deterioro de la salud mental como el estrés, siendo que los participantes que percibieron maltrato tienen más de 10 veces de probabilidad de presentar puntuaciones elevadas de estas dos variables (R^2 de Nagelkerke = .352). En los estudiantes de segundo año, además de que la percepción de maltrato recibido predijo las mismas dos variables, también predijo de manera negativa la satisfacción con la residencia (R^2 de Nagelkerke = .292). En los estudiantes de tercer año, la percepción de maltrato recibido únicamente predijo, de manera negativa, la satisfacción con la residencia (R^2 de Nagelkerke = .277). Por último, congruente con los resultados del análisis bivariado, no hubo resultados significativos en los participantes de cuarto año.

Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la resiliencia y la percepción de maltrato recibido sobre el estrés, la percepción del deterioro de la salud mental y la satisfacción con la residencia en médicos residentes. Por lo que se refiere a resiliencia, los resultados no mostraron una relación entre esta y las variables de estudios, ni se encontraron diferencias en los niveles de resiliencia entre participantes en función del año de residencia, en estudios con personal de salud se han mostrado resultados diferentes donde la resiliencia se asoció negativamente con la ansiedad y la depresión²³.

Un estudio similar al nuestro, llevado a cabo de Qatar, encontró que la resiliencia no predecía puntajes de ansiedad, depresión ni estrés en médicos residente, aunque si estaba correlacionada negativamente con dichas variables²⁴. La relación entre resiliencia y salud mental parece estar mediada por las interacciones sociales del sujeto⁴, especialmente por la percepción que tiene del trato que recibe²⁵, la cual, en el caso de los residentes, cambia con el transcurso del tiempo durante el periodo de formación⁸. Con relación a la percepción del maltrato recibido, nuestros resultados muestran que durante el primer año de residencia la percepción de maltrato recibido predijo una mayor probabilidad de percibir deterioro en su salud mental y estrés. Lo mismo ocurrió con los residentes del segundo año, pero en este grupo se observó que también la percepción de maltrato predijo una menor satisfacción con la residencia. Durante el tercer año, quienes perciben menos maltrato tienen mayor probabilidad de sentirse satisfechos con la residencia. En los residentes de cuarto año, el maltrato percibido no se relacionó con las variables de interés.

Similar a lo anterior, los resultados de un estudio llevado a cabo en Estados Unidos indicaron que el maltrato influye negativamente en la salud mental de médicos en formación²⁶. En nuestro estudio, esto se observó en los residentes que cursaban los dos primeros años de formación, lo cual puede deberse a que, al inicio del proceso de formación, los malos tratos recibidos sean percibidos como eventos amenazantes. El hecho de que el maltrato no haya influido en las variables de estudio en los participantes de grados podría ser atribuible al tamaño de la muestra, sin embargo, esto también podría estar ocurriendo debido a la constante exposición y habituación al maltrato, lo que los llevaría a minimizarlo y naturalizarlo como parte de un proceso de formación en el que la jerarquía puede perpetuar un ciclo de violencia donde esto es visto como un “rito de paso”²⁷. Esto resulta relevante, pues se ha documentado que, sobre todo en los primeros años de residencia, el maltrato percibido puede llevar al residente a una baja realización personal acompañada de una intención de renunciar al proceso educativo²⁸.

La habituación y normalización de los malos tratos recibidos durante la residencia favorece la perpetuación de una cultura laboral que pone en riesgo psicosocial principalmente a los médicos que cursan los primeros años de especialidad. Desde hace 20 años se ha puesto en evidencia que el abuso y las humillaciones en el ámbito médico son tolerados y pueden dar un ejemplo negativo que promueve que más personas puedan involucrarse en estos comportamientos²⁹. De hecho, sorprende que, a pesar de la evidencia sobre el impacto negativo que tiene el maltrato sobre la salud mental y la satisfacción de los residentes en los primeros años de formación, en un estudio llevado a cabo por Barbanti *et al.*³⁰ encontró que el gran parte de los residentes consideraba que estas situaciones eran necesarias para su formación. Autoridades y personal sanitario deben tomar en cuenta cómo el maltrato influye en la salud mental, sobre todo considerando que recientemente el gobierno mexicano reconoció a los problemas de ansiedad, la depresión y el estrés como parte de la lista de enfermedades laborales³¹. Además, los resultados de este estudio podrían ser la base para el diseño de estrategias de prevención de la violencia y promoción de la salud mental en personal de la salud que se encuentra en formación.

Dentro de las limitaciones del estudio se encuentra el tamaño limitado de la muestra que no permite la generalización de los resultados. El estudio únicamente exploró, desde la percepción del residente, la presencia de algún tipo de maltrato, sin embargo, no se indagó sobre los tipos de maltrato ni quien los ejerce. Se requieren esfuerzos para ampliar el desarrollo de escalas que estimen la percepción de maltrato recibido y percepción de deterioro de la salud mental en médicos residentes. De igual manera, la aplicación de los cuestionarios aun cuando se realizó de manera anónima, se realizó dentro del contexto de la práctica médica, lo que puede generar un sesgo de respuesta debido al estrés experimentado al momento de responder. Además, el tamaño de la muestra no permitió hacer análisis comparativos entre muestras de residentes de distintas especialidades. El diseño de futuras investigaciones debe considerar estos aspectos.

Conclusiones

Los resultados de nuestro estudio ponen en evidencia la necesidad de reformular el papel que cumple la resiliencia como factor protector de la salud mental frente a circunstancia adversas experimentadas por los médicos residentes durante su formación, esto sugiere que la concepción actual de la resiliencia puede no ser factor protector para los residentes frente a las problemáticas de salud mental presentes en su formación. Asimismo, los resultados enfatizan el impacto negativo de los malos tratos en los primeros años del proceso formativo de futuros médicos especialistas. Además, los datos sugieren que, al paso del tiempo, la obtención de jerarquías superiores y la constante exposición a los malos tratos

promueven la naturalización y perpetuación de interacciones violentas en el contexto de la residencia médica por lo que es necesario promover cambios en las instituciones que fomenten ambientes saludables de trabajo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Consideraciones éticas

El estudio cumple con los requisitos exigidos por la Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación en Salud se cataloga como investigación nivel II, investigación con riesgo mínimo, de acuerdo con el Art. 17 de dicho reglamento. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana (Folio 202205) y por el Comité de Investigación del Centro de Alta especialidad del Estado de Veracruz (Folio 63/22). Todos los sujetos firmaron un consentimiento informado en el que se les informó el objetivo del estudio y se les informó sobre el carácter voluntario y anónimo de la participación.

Uso de Inteligencia Artificial (IA)

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: N.Z.C., F.J.R.S.; Curación de datos: N.Z.C., F.J.R.S.; Análisis formal: M.L.M.; Adquisición de Financiamento: N.Z.C.; Investigación: N.Z.C.; Metodología: M.L.M.; Administración de proyecto: F.J.R.S.; Recursos: N.Z.C.; Software: M.L.M.; Supervisión: F.J.R.S., M.L.M.; Validación: M.L.M.; Visualización: N.Z.C, M.L.M., F.J.R.S.; Escritura – Borrador original: N.Z.C, M.L.M., F.J.R.S.; Escritura: revisión y edición: N.Z.C, M.L.M., F.J.R.S.

Financiamiento

Beca del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología de México para estudios doctorales de la primera autora.

Referencias

1. Ali ASN, Abd-Elrahman TA, Refaat TM, Refaie SA. Work related stress among residents at Minia University Hospitals. *IJHS*. 2022;6(S1):6835–43. <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6nS1.6455>
2. Rushing CJ, Casciato DJ, Ead JK, Spinner SM. Perceptions of Burnout, Personal Achievement, and Anxiety Among US Podiatric Medicine and Surgery Residents: A Cross-Sectional Pilot Study. *J Foot Ankle Surg*. 2020;59(5):953–6. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2019.12.010>
3. Brunsberg KA, Landrigan CP, Garcia BM, Petty CR, Sectish TC, Simpkin AL, et al. Association of Pediatric Resident Physician Depression and Burnout with Harmful Medical Errors on Inpatient Services. *Acad Med*. 2019;94(8):1150–6. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002778>
4. Gaston-Hawkins LA, Solorio FA, Chao GF, Green CR. The Silent Epidemic: Causes and Consequences of Medical Learner Burnout. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(12):86. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01211-x>
5. Delgado C, Rodríguez A, Lagunes R, Vázquez FD. Bienestar psicológico en médicos residentes de una universidad pública en México. *Univ Med*. 2020;61(2). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed61-2.bpsi>
6. Castro R, Sarmiento-Chavero M, Romay-Hidalgo F, Castañeda-Prado A. Exploración sobre el grado de cumplimiento de los derechos de los médicos residentes en México. *RIEM*. 2024;13(50):56–67. <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2024.50.23544>
7. Grover A, Appelbaum N, Santen SA, Lee N, Hemphill RR, Goldberg S. Physician mistreatment in the clinical learning environment. *Am J Surg*. 2020;220(2):276–81. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2019.11.038>
8. Hernández PF, Bustillos HDZ. Percepción del ambiente educativo y el maltrato de médicos residentes de medicina familiar. *Rev CONAMED*. 2020;25(1):10–5. <https://dx.doi.org/10.35366/92890>
9. Rowe SG, Stewart MT, Van Horne S, Pierre C, Wang H, Manukyan M, et al. Mistreatment Experiences, Protective Workplace Systems, and Occupational Distress in Physicians. *JAMA Netw Open*. 2022;5(5):e2210768. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10768>
10. Salehi PP, Jacobs D, Suhail-Sindhu T, Judson BL, Azizzadeh B, Lee YH. Consequences of Medical Hierarchy on Medical Students, Residents, and Medical Education in Otolaryngology. *Otolaryngol Head Neck Surg*. noviembre de 2020;163(5):906–14. <https://doi.org/10.1177/0194599820926105>
11. Gianakos AL, Freischlag JA, Mercurio AM, Haring RS, LaPorte DM, Mulcahey MK, et al. Bullying, Discrimination, Harassment, Sexual Harassment, and the Fear of Retaliation During Surgical Residency Training: A Systematic Review. *World J Surg*. julio de 2022;46(7):1587–99. <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06432-6>
12. Karnieli-Miller O. Caring for the health and well-being of our learners in medicine as critical actions toward high-quality care. *Isr J Health Policy Res*. 2022;11(1):10. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00517-w>
13. Feder A, Fred-Torres S, Southwick SM, Charney DS. The Biology of Human Resilience: Opportunities for Enhancing Resilience Across the Life Span. *Biol Psychiatry*. 2019;86(6):443–53. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.07.012>
14. Perry H, Naud S, Fishman MDC, Slanetz PJ. Longitudinal Resilience and Burnout in Radiology Residents. *J Am Coll Radiol*. 2021;18(5):639–46. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2021.01.022>
15. Huffman EM, Athanasiadis DI, Anton NE, Haskett LA, Doster DL, Stefanidis D, et al. How resilient is your team? Exploring healthcare providers' well-being during the COVID-19 pandemic. *Am J Surg*. 2021;221(2):277–84. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.09.005>
16. Winkel AF, Robinson A, Jones AA, Squires AP. Physician resilience: a grounded theory study of obstetrics and gynaecology residents. *Med Educ*. febrero de 2019;53(2):184–94.
17. Wasty M. Stop talking about resilience! *Br J Gen Pract*. 2022;72(714):25–25. <https://doi.org/10.3399/bjgp22X718133>
18. ONU. Resolución 53/243 de la Asamblea General de las Naciones Unidas: Declaración y Programa de Acción sobre una Cultura de Paz. 1999.17.
19. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol*. 2004;59(1):20–8. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.1.20>



20. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med.* 2008;15(3):194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
21. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *RIDEP.* 2015;2(40):103–13.
22. Gurrola PM., Balcázar NP, Bonilla MMP, Virseda JA. Estructura factorial y consistencia interna de la Escala de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *RDIPyCS.* 2006;8:3–7.
23. Peñafiel-León JE, Ramírez-Coronel AA, Mesa-Cano IC, Martínez-Suárez PC. Impacto psicológico, resiliencia y afrontamiento del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *AVFT* 2021;40(3). <https://doi.org/10.5281/zenodo.5035609>
24. Smida M, Khodoruth MAS, Al-Nuaimi SK, Al-Salihy Z, Ghaffar A, Khodoruth WNC, et al. Coping strategies, optimism, and resilience factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to coronavirus disease 2019 in Qatar. *Brain Behav.* 2021;11(8):e2320. <https://doi.org/10.1002/brb3.2320>
25. Hughes IM, Freier LM, Barratt CL. “Your help isn’t helping me!” Unhelpful workplace social support, strain, and the role of individual differences. *Occup Health Sci.* e2022;6(3):387–423. <https://doi.org/10.1007/s41542-022-00115-x>
26. Lu DW, Zhan T, Bilimoria KY, Reisdorff EJ, Barton MA, Nelson LS, et al. Workplace Mistreatment, Career Choice Regret, and Burnout in Emergency Medicine Residency Training in the United States. *Ann Emerg Med.* junio de 2023;81(6):706–14. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2022.10.015>
27. Barbanti PCM, Oliveira SRL de, Pelloso SM, Carvalho MD de B. Effects of mistreatment in medical schools: how to evaluate? A brief review. *Rev bras educ med.* 2021;45:e138. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20210054.ING>
28. Rowe SG, Stewart MT, Van Horne S, Pierre C, Wang H, Manukyan M, et al. Mistreatment Experiences, Protective Workplace Systems, and Occupational Distress in Physicians. *JAMA Netw Open.* 2022;5(5):e2210768. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.10768>
29. Hamui-Sutton L, Paz-Rodriguez F, Sánchez-Guzmán A, Vives-Varela T, Corona T. Violence and Clinical Learning Environments in Medical Residencies. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph20186754>
30. Barbanti PCM, Oliveira SRL de, de Medeiros AE, Bitencourt MR, Victorino SVZ, Bitencourt MR, et al. Prevalence and Impact of Academic Violence in Medical Education. *Int J Environ Res Public Health.* 202. 2022;19(18):11519. <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph191811519>
31. Diario Oficial de la Federación. DECRETO por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley Federal del Trabajo. [consultado el 11 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5710347&fecha=04/12/2023