

Acoso laboral en médicos residentes: frecuencia y factores asociados

Workplace bullying in medical residents: frequency and associated factors

Pulido, María; Arends, Victor; Ayala, Mayra

 María Pulido Febres

maria.a.pulido@ucv.ve

Especialista en Psiquiatría, Profesor Asistente Cátedra de Psiquiatría, Escuela de Medicina "Luis Razetti", Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela.

 Víctor Arends López

arendsvictor14@gmail.com

Especialista en Psiquiatra. Hospital Universitario de Caracas.

 Mayra Ayala Moscote

malejayala95@gmail.com

Especialista en Psiquiatra. Hospital Universitario de Caracas.

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 15, núm. 2, e452, 2026
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 12 de febrero de 2026

Aprobación: 21 de junio de 2026

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2026.15.2.e452>

Cómo citar: Pulido M, Arends V, Ayala M. Acoso laboral en médicos residentes: frecuencia y factores asociados. Rev. Digit Postgrado 2026; 15(2): e452.doi.10.37910/RDP.2026.15.2. e452

Resumen: Introducción: La formación médica de postgrado se desarrolla en escenarios clínicos reales, bajo supervisión continua, dedicación exclusiva, elevada exigencia académica y asistencial. El acoso laboral comprende conductas persistentes de hostigamiento que generan un entorno laboral hostil, con impacto negativo sobre la salud física y mental, desempeño académico y permanencia de los médicos residentes. Objetivo: Describir la frecuencia de acoso laboral y algunos factores asociados en médicos residentes. Método: Estudio descriptivo de corte transversal realizado en el Hospital Universitario de Caracas (HUC), con muestreo no probabilístico, intencional y por conveniencia. Se aplicó una encuesta que incluyó el cuestionario de Leymann para la evaluación del hostigamiento psicológico (LIPT-60). Resultados: Participó el 48,3 % (n = 201) de los médicos residentes adscritos al HUC. La frecuencia de acoso laboral se distribuyó en niveles alto (6,5 %), moderado (31,8 %), bajo (18,9 %) y muy bajo (42,8 %). No se observaron diferencias significativas según variables sociodemográficas ni año de residencia. El acoso laboral se asoció al tipo de especialidad ($\chi^2 = 13,3$; $p = 0,004$), con mayor frecuencia en programas quirúrgicos vs. clínicos. Las dimensiones más reportadas fueron intimidación encubierta y desprestigio personal. Los principales perpetradores fueron docentes y/o médicos de planta y residentes de mayor jerarquía. Solo 16 % denunció los hechos. Conclusiones: Más de un tercio (38,3 %) de los médicos residentes presentó niveles altos o moderados de acoso laboral. Los resultados resaltan la necesidad de fortalecer la prevención, detección temprana, capacitación docente y los mecanismos institucionales de atención, protección y denuncia.

Palabras claves: Violencia Laboral, Acoso, Internado y Residencia; Salud Mental, Estrés Laboral.

Abstract: Introduction: Postgraduate medical education takes place in real clinical settings, requiring full-time commitment, continuous supervision, extended shifts, high academic and healthcare standards. Mobbing, also known as workplace bullying, involves persistent harassing behaviors that create a hostile work environment, negatively impacting physical and mental health, academic performance and retention of medical residents. Objective: To describe the frequency of workplace bullying and certain associated factors among medical residents. Method: A descriptive cross-sectional study was conducted at the Hospital Universitario de Caracas (HUC). Non-probabilistic, purposive convenience sampling was used. A survey was applied, which included the Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT-60). Results: A total of 48.3 % (n = 201) of the enrolled residents at HUC participated. The frequency of workplace bullying was distributed across high (6.5 %), moderate (31.8 %), low (18.9%), and very low (42.8%) levels. No significant differences were observed based on sociodemographic variables or residency training year. Workplace bullying was associated with the type of specialty ($\chi^2 = 13.3$; $p = 0.004$), occurring with greater frequency in surgical versus clinical programs. The most frequently reported dimensions were covert intimidation and personal discredit. The main perpetrators were faculty/attending physicians and senior residents. Only 16% reported the incidents. Conclusions: More than one-third (38.3 %) of medical residents were classified as high or moderate level of workplace bullying. These results highlight the need to strengthen prevention, early detection, faculty/physicians development programs and institutional mechanisms for support, protection, and reporting.

Keywords: Workplace Violence; Bullying; Internship and Residency; Mental Health; Work-related Stress.

INTRODUCCIÓN

La formación médica de postgrado constituye una etapa estructurada de preparación para la especialización en un área de la salud, ubicada entre la obtención del título de médico y el reconocimiento como profesional calificado e independiente. ⁽¹⁾ A diferencia de otros programas de formación profesional, la educación de postgrado en medicina se orienta a la aplicación de competencias en escenarios clínicos reales, con interacción constante y directa con pacientes. Este modelo exige dedicación exclusiva, supervisión clínica continua, jornadas prolongadas de entre 60 y 80 horas semanales, guardias nocturnas, y una permanencia casi constante en los centros hospitalarios, circunstancias que han dado origen a la denominación histórica de “residentes”. ⁽²⁾

El término acoso laboral o mobbing fue introducido por Heinz Leymann,⁽³⁾ en el ámbito de la psicología del trabajo, y se define como un conjunto de conductas persistentes de hostigamiento, ejercidas de manera individual o grupal, que generan una dinámica laboral hostil y potencialmente perjudicial para la salud física y mental de quienes las padecen.⁽⁴⁾

Diversos estudios han documentado la presencia de estas conductas en programas de residencias médicas y su asociación con síntomas de ansiedad y depresión,^(5,6) desgaste ocupacional,⁽⁶⁻⁸⁾ bajo desempeño⁽⁹⁾ y abandono del postgrado.^(7,9)

La organización jerárquica, así como las diferencias en los niveles de competencia profesional entre los involucrados en el proceso de formación médica, dan lugar a dinámicas de poder desigual que favorecen la ocurrencia de acoso laboral,⁽¹⁰⁾ los médicos residentes conforman un grupo especialmente vulnerable, dado su rol subordinado dentro del sistema educativo y asistencial. Con frecuencia las estrategias de acoso son normalizadas como parte de la “cultura” o “tradición” del entrenamiento médico, lo que contribuye a su invisibilización. El temor a represalias y el desconocimiento de los mecanismos formales de denuncia limitan su notificación.⁽¹¹⁾

Con el propósito de orientar el diseño e implementación de estrategias de prevención, detección temprana y atención integral frente a situaciones de acoso laboral durante la formación médica de postgrado, se desarrolló el presente estudio cuyo objetivo fue describir la frecuencia del acoso laboral, y algunos factores asociados en una población de médicos residentes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 416 médicos residentes de programas de postgrado pertenecientes a especialidades, tanto quirúrgicas como clínicas, adscritos al Hospital Universitario de Caracas. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional por conveniencia.

La técnica de recolección de datos empleada fue la encuesta, se aplicó durante el octavo mes del ciclo académico. Se diseñó un instrumento de recolección de datos de tres secciones. La primera sección recopiló información sociodemográfica y académica de la población de estudio. La segunda sección contuvo el cuestionario de Leymann para la evaluación del hostigamiento psicológico (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization* - LIPT-60).⁽¹²⁾ La tercera sección incluyó preguntas orientadas a caracterizar a los perpetradores del acoso laboral, determinar si el acoso había sido denunciado y precisar la modalidad de la denuncia.

El LIPT-60 es un cuestionario autoadministrado, adaptado al español y validado,⁽¹²⁾ valora 60 estrategias o conductas de acoso diferentes y analiza 6 subescalas o dimensiones. Sus ítems se encuentran redactados en forma de afirmaciones, las respuestas son de escala tipo Likert con cinco opciones de 0 a 4: 0 = cuando no ha experimentado la conducta, 1 = experimentado un poco, 2 = experimentado moderada o medianamente, 3 = experimentado bastante, 4 = experimentado mucho o extremadamente. La consistencia interna del instrumento es alta, α de Cronbach = 0,98.⁽¹³⁾

De acuerdo con el manual del LIPT-60¹² para su valoración se calcularon los siguientes índices: 1) NEAP (Número de estrategias de acoso psicológico): recuento de todas las respuestas distintas de cero, 2) IGAP (Índice global de acoso psicológico): suma de los valores asignados a cada estrategia dividida entre el número de ítems contestados, y 3) IMAIP (Índice medio de intensidad del acoso psicológico): suma de los valores asignados a cada estrategia dividida entre el NEAP.

La interpretación de los índices globales y de las dimensiones del LIPT-60 se realiza mediante baremos normativos, que permiten comparar las puntuaciones directas con grupos de referencia.

Se evaluaron las seis dimensiones de acoso correspondientes: 1) Desprestigio laboral (DL): conductas orientadas a desacreditar el desempeño laboral mediante rumores, calumnias o restricciones. 2) Entorpecimiento del progreso (EP): bloqueo sistemático de la actividad laboral mediante tareas inapropiadas. 3) Bloqueo de la comunicación (BC): conductas que interfieren la comunicación intra y extraorganizacional. 4) Intimidación encubierta (IE): amenazas o daños indirectos y velados. 5) Intimidación manifiesta (IM): amenazas directas y explícitas, incluso en público. 6) Desprestigio personal (DP): conductas dirigidas al descrédito de la vida personal y privada.

La consistencia interna del cuestionario global tuvo un α Cronbach = 0,959 y la de las subescalas fue: DL = 0,927, EP = 0,802, BC = 0,766, DP = 0,762, IM = 0,845 e IE = 0,669.

Análisis estadístico: las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Para los índices globales y subescalas se calcularon promedios y desviación estándar. La asociación entre variables se evaluó con la prueba de Chi-cuadrado de Pearson; cuando más del 20 % de las celdas presentó frecuencias esperadas < 5 , se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. El análisis se realizó con el software SPSS versión 21.

Aspectos éticos y normativos: el protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Universitario de Caracas. La participación de los médicos residentes fue voluntaria, previa obtención de consentimiento informado tras brindar información clara y suficiente sobre el estudio. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato, el resguardo seguro de los datos y su uso exclusivo con fines científicos. El estudio se desarrolló conforme a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, en concordancia con la Declaración de Helsinki.⁽¹⁴⁾

RESULTADOS

Participó el 48,3 % ($n = 201$) de los médicos residentes adscritos al Hospital Universitario de Caracas. El 65,6 % eran mujeres ($n = 132$), 78,1 % ($n = 157$) con edades comprendidas entre los 27 y 32 años, 84 % solteros ($n = 169$), 66,1 % ($n = 133$) procedentes de otra ciudad, 37,1 % ($n = 75$) residentes de primer año, 36,8% ($n = 74$) de segundo, 24,3 % ($n = 49$) de tercero.

En función del programa de especialización cursado, los residentes fueron clasificados en dos grandes grupos. Se consideraron especialidades quirúrgicas (42,8 %, $n = 86$) aquellos con actividades en el quirófano, e incluyeron: anestesiología, cirugía general, cirugía plástica, coloproctología, ginecología y obstetricia, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología y traumatología. Las especialidades clínicas (57,2 %, $n = 115$) agruparon a los cursantes de los programas de cardiología, dermatología, emergencia, endocrinología, gastroenterología, infectología, medicina interna, terapia intensiva, nefrología, neurología, pediatría, psiquiatría, radiodiagnóstico y reumatología.

El 99,5 % ($n = 200$) de residentes manifestó haber sufrido por lo menos una conducta de acoso. Las medias del NEAP, IGAP y el IMAP fueron 20,79 ($DE \pm 13,91$), 0,68 ($DE \pm 0,58$) y 1,77 ($DE \pm 0,58$) respectivamente. Los participantes reportaron un número considerable de estrategias de acoso psicológico, con un impacto global bajo a moderado, de intensidad media.

En relación con la frecuencia de acoso laboral, el 6,5 % ($n = 13$) de los residentes presentó niveles altos, el 31,8 % ($n = 64$) niveles moderados, el 18,9 % ($n = 38$) niveles bajos asociados con un entorno de estrés laboral. (12) y el 42,8 % ($n = 86$) niveles muy bajos de acoso laboral.

La Tabla 1 presenta la comparación de la frecuencia de acoso laboral según las características sociodemográficas y académicas. No se observaron diferencias significativas en función del sexo, la edad, el estado civil, la procedencia ni el año de residencia. El tipo de especialidad se asoció de manera significativa con la frecuencia de acoso laboral ($\chi^2 = 13,3$; $p = 0,004$), siendo mayor en los residentes de especialidades quirúrgicas en comparación con las clínicas (Figura 1).

TABLA 1. Frecuencia de acoso laboral de acuerdo con las características sociodemográficas y académicas de los médicos residentes.

	Frecuencia de acoso laboral										
	Alta		Moderada		Baja		Muy baja		TOTAL		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	<i>p</i>
Sexo											
Hombre	7	10,1	20	29,0	14	20,3	28	40,6	69	100	0,442
Mujer	6	4,5	44	33,3	24	18,2	58	43,9	132	100	
Edad (años)											
23 - 26	1	8,3	2	16,7	5	41,7	4	33,3	12	100	0,298*
27 - 29	2	2,5	30	37,5	16	20,0	32	40,0	80	100	
30 - 32	8	10,4	21	27,3	12	15,6	36	46,8	77	100	
33 y más	2	6,3	11	34,4	5	15,6	14	43,8	32	100	
Estado Civil											
Soltero	12	7,1	58	34,3	32	18,9	67	39,6	169	100	0,59*
Casado	1	5,9	2	11,8	3	17,6	11	64,7	17	100	
Concubinato	-	-	4	30,8	3	23,1	6	46,1	13	100	
Divorciado	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100	
Procedencia											
Local	8	14,8	15	27,8	8	14,8	23	42,6	54	100	0,13*
Foráneo	5	3,8	44	33,1	28	21,0	56	42,1	133	100	
Extranjero	-	-	5	35,7	2	14,3	7	50,0	14	100	
Año de residencia											
1er	3	4,0	19	25,3	15	20,0	38	50,7	75	100	0,93*
2do	8	10,8	26	35,1	14	18,9	26	35,1	74	100	
3er	2	4,1	18	36,7	9	18,4	20	40,8	49	100	
4to	-	-	-	-	-	-	2	100	2	100	
5to	-	-	1	100	-	-	-	-	1	100	
Especialidad											
Quirúrgica	9	10,47	36	41,86	13	15,12	28	32,56	86	100	0,004
Clínica	4	3,51	28	24,56	25	21,93	58	50,88	115	100	

* Prueba exacta de Fisher.

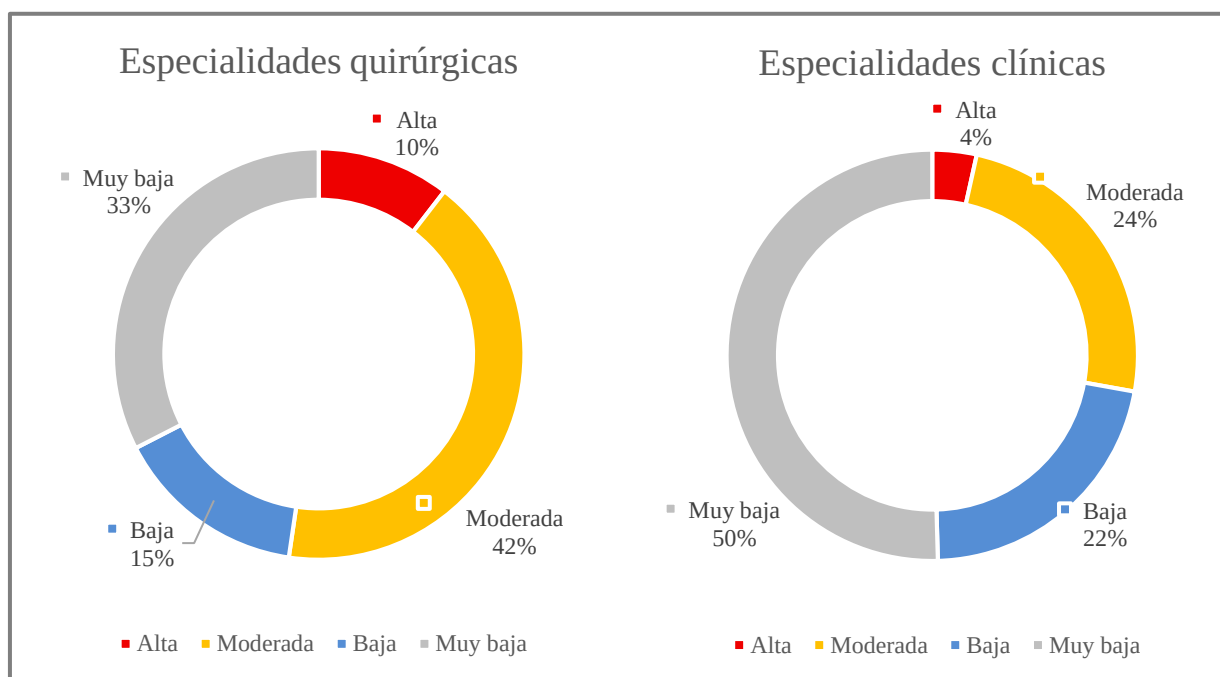


FIGURA 1. Comparación de la frecuencia de acoso laboral de acuerdo con el tipo de especialidad cursada por los médicos residentes

En las dimensiones intimidación encubierta (niveles altos 27,4 %, n = 55; niveles moderados moderada 29,4 %, n = 59) y desprestigio personal (niveles altos 25,9 %, n = 52; niveles moderados 12,4 %, n = 25) se registraron los índices más elevados (Figura 2). Las estrategias de acoso con mayor IMAP dentro de estas dimensiones fueron: “recibe escritos y notas amenazadoras”, “le sustraen algunas de sus pertenencias, documentos o herramientas de trabajo”, “recibe llamadas telefónicas amenazantes, insultantes o acusadores”; y “critican su vida privada”, “intentan obligarle a que se haga un examen psiquiátrico o una evaluación psicológica” y “le hacen avances, insinuaciones o gestos sexuales” respectivamente.

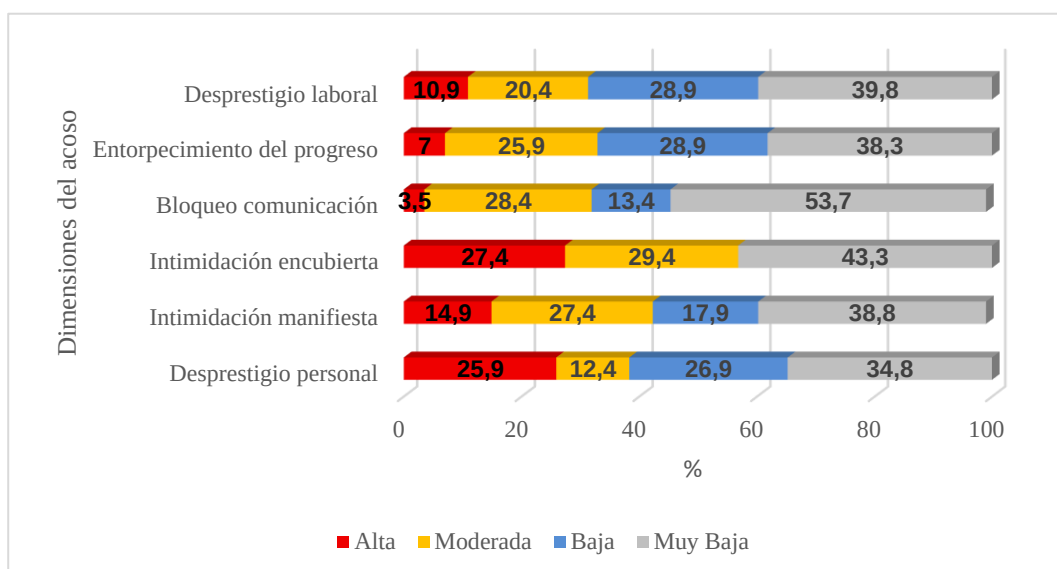


FIGURA 2. Frecuencia de acoso laboral de acuerdo con las dimensiones de acoso reportadas por los médicos residentes

Los residentes identificaron como perpetradores de las estrategias de acoso laboral a docentes y/o médicos de planta del postgrado (21,5 %, n = 43), docentes y/o médicos de planta y residentes de mayor jerarquía del postgrado (16,5 %, n = 33), solo residentes de mayor jerarquía (14,5 %, n = 29) y, en menor proporción, otros individuos o combinaciones.

Solo el 16 % (n = 32) de los residentes que experimentó una o más conductas de acoso había denunciado, la denuncia fue verbal en el 10,5 % (n = 21), escrita en el 1,5 % (n = 3) y, verbal y escrita en el 4 % (n = 8).

DISCUSIÓN

Las características de la muestra en edad y sexo, así como los resultados obtenidos, son consistentes con los reportados en estudios previos en médicos residentes. En la presente investigación, un elevado porcentaje de residentes manifestó haber experimentado al menos una conducta de acoso laboral (99,5 %), cifra comparable a la descrita en otro estudio realizado en el mismo país (97,5 %), ⁽¹⁵⁾ y en otros países como Argentina (95,5 %), ⁽¹⁶⁾ México (98,5 %) ⁽¹¹⁾ y Paraguay (97,4 %). ⁽¹⁷⁾

Se observó un promedio superior del NEAP y valores similares del IGAP, mientras que el IMAP difirió entre los estudios. ^(11,18,19)

Se consideraron casos positivos de acoso laboral los residentes identificados con niveles altos y moderados (38,3 %, n = 77) de acoso laboral. Esta frecuencia fue similar a la reportada en otros estudios, que sitúan la prevalencia entre 36 % y 66 %. ^(9,10,20) Aunque en muchos casos las conductas reportadas no fueron lo suficientemente intensas como para ser clasificadas como acoso en el sentido estricto, habían sido experimentadas en forma moderada y podían constituir manifestaciones tempranas susceptibles de evolucionar hacia situaciones más graves. ⁽²¹⁾

Las diferencias en la proporción de acoso laboral entre especialidades quirúrgicas y clínicas son consistentes con la literatura ^(6,8,16,18,19) y sugieren una exposición heterogénea, posiblemente asociada a diferencias en la cultura formativa, la dinámica laboral y las jerarquías propias de cada especialidad. En cuanto al año de residencia, los resultados reportados en la literatura son heterogéneos: algunos estudios han descrito una mayor frecuencia de acoso laboral en los primeros años de formación, ⁽²²⁾ mientras que en otros lo han observado en etapas más avanzadas de la residencia. ^(6,7)

En relación con las subescalas o dimensiones evaluadas, la intimidación encubierta y el desprestigio personal fueron las estrategias de acoso laboral que alcanzaron los índices más elevados en la muestra analizada. Este hallazgo difiere de lo reportado en otros estudios, ^(11,23) en los que se describió una mayor frecuencia de estrategias de desprestigio laboral e intimidación manifiesta.

Los responsables del acoso laboral, en su mayoría, ocupaban posiciones jerárquicas superiores, lo que coincide con lo descrito en estudios previos. ^(15,16,19)

En el 84 % de las situaciones o experiencias reportadas, las víctimas no formalizaron la denuncia del acoso laboral o de las conductas de acoso, proporción superior a la descrita en otras investigaciones. La baja frecuencia de denuncias ha sido atribuida, entre otros factores, al temor a posibles repercusiones negativas sobre los procesos formativos, a la retaliación por parte de los agresores, al desconocimiento de los canales institucionales para su formalización y a la naturalización del acoso dentro de la cultura organizacional de la formación médica. ^(5,9)

Las principales fortalezas del estudio incluyen el tamaño de la muestra y la participación de residentes de diversas especialidades y niveles de formación. Entre las limitaciones, el diseño transversal impide establecer causalidad y la realización en un único hospital universitario restringe la generalización de los hallazgos. A pesar de las garantías de anonimato, la preocupación por la confidencialidad pudo haber influido en la participación de algunos residentes, particularmente por el temor a represalias.

CONCLUSIONES

Casi la totalidad de los residentes reportó haber experimentado al menos una conducta de acoso, lo que confirma que estas prácticas son sistemáticas y no casos aislados. Más de un tercio (38,3 %) de los médicos residentes presentó niveles altos o moderados de acoso laboral.

El tipo de especialidad fue el único factor que mostró una asociación estadísticamente significativa con la frecuencia de acoso laboral. Se observó una mayor proporción de residentes con niveles moderados y altos de acoso laboral en las especialidades quirúrgicas en comparación con las clínicas.

Las dimensiones de acoso más frecuentes fueron intimidación encubierta y desprestigio personal, conductas menos visibles que afectan la seguridad psicológica y la dignidad. Los principales perpetradores fueron docentes, médicos de planta y residentes de mayor jerarquía. La mayoría de los residentes no denunció formalmente, lo que refleja barreras estructurales o culturales y temor a represalias, factores que favorecen la impunidad y la cronificación del acoso.

Los resultados resaltan la necesidad de psicoeducar a los actores del entorno de formación médica para identificar oportunamente el acoso laboral y sus efectos sobre la salud física y mental, el desempeño académico y profesional. Es fundamental disponer de mecanismos institucionales de reporte confiables e implementar programas de prevención, de protección, de mentoría y de atención en salud mental confidenciales para los residentes.^(24,25) Se requiere un cambio en el paradigma disciplinario de la educación médica que promueva una comprensión renovada de la autoridad y el respeto, en este sentido, la disciplina positiva se propone como alternativa con respaldo empírico en otros ámbitos educativos.^(26,27)

REFERENCIAS

1. World Federation for Medical Education. Postgraduate Medical Education. WFME Global Standards for Quality Improvement of Medical Education: The 2023 Revision [Internet]. Ferney-Voltaire (France): WFME; 2023 [citado 2025 oct 29]. Disponible en: https://wfme.org/wp-content/uploads/2023/03/WFME-STANDARDS-FOR-POSTGRADUATE-MEDICAL-EDUCATION_2023.pdf
2. American Medical Association. What is residency? [Internet]. Chicago: AMA; 2024 [citado 2025 dic 29]. Disponible en: <https://www.ama-assn.org/medical-residents/residency-life/what-residency>
3. Leymann H. The content and development of mobbing at work. Eur J Work Organ Psychol [Internet]. 1996 [citado 2025 oct 30];5(2):165-84. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13594329608414853>
4. Trujillo M, Valderrabano M, Hernández R. Mobbing: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas. Innovar Rev Ciencias Adm y Soc [Internet]. 2007 [citado 2025 oct 28];17(29):71-91. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inno/v17n29/v17n29a04.pdf>
5. Gianakos A, Freischlag J, Mercurio A, Haring R, LaPorte D, Mulcahey M, et al. Bullying, discrimination, harassment, sexual harassment, and the fear of retaliation during surgical residency training: a systematic review. World J Surg [Internet]. 2022 [citado 2025 dic 30]; 46(7):1587-1599. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00268-021-06432-6>
6. Enríquez M, Corlay I. Acoso laboral, calidad de vida, ansiedad y depresión en residentes del Hospital de Especialidades SXXI [tesis en internet]. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2020 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22091.34087>
7. Ayyala MS, Rios R, Wright SM. Perceived bullying among internal medicine residents. JAMA [Internet]. 2019 [citado 2025 dic 20];322(6):576-578. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8616>
8. Tafoya SA, Jaimes AL, Carrasco JB, Rodríguez A, Ortiz S. Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. Investig Educ Med [Internet]. 2020 [citado 2025 dic 18];9(35):18-27. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20204>
9. Averbuch T, Eliya Y, Van Spall HG. Systematic review of academic bullying in medical settings: dynamics and consequences. BMJ Open [Internet]. 2021 [citado 2025 dic 31];11(7):e043256. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043256>

10. Álvarez N, De León H, Ruiz F, Elizondo G, Vaquera H, Carranza F. Prevalence and associated factors of bullying in medical residents: A systematic review and meta-analysis. *J Occup Health* [Internet]. 2023 [citado 2025 dic 29];65(1): e12418. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12418>
11. Ortiz S, Jaimes A, Tafoya S, Mujica M, Olmedo V, Carrasco J. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir* [Internet]. 2014 [citado 2025 oct 28];82(3):290-301. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc143h.pdf>.
12. Rivera J, Rodríguez M. Cuestionario de Estrategias de acoso en el trabajo: el LIPT-60 (Manual) [Internet]. Madrid: Editorial EOS; 2005 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/manual-lipt60.pdf>
13. Caballero E. Propiedades psicométricas del Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT 60). *Gestion y Gerencia* [Internet]. 2010 [citado 2025 oct 28];4(1):61-82. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4150746>
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire (France): WMA; 2019 [citado 2025 oct 28]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
15. Freitas M, Duque D, Fernández R, González M. Violencia laboral en el Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología: percepción del residente. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2016 [citado 2025 dic 4];76(2):85-92. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0048-77322016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Roni C, Mur J, Deza R, Fernández M, Reboiras F. Pedagogías hostiles en residencias médicas: un problema estructural de la formación en salud. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2025 [citado 2025 dic 4];85(1):135-143. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/PMID/39900057.pdf>
17. Real R, Ayala A. Maltrato a residentes de medicina del Paraguay en 2022: estudio multicéntrico. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* [Internet]. 2023 [citado 2025 dic 4];80(2):112-118. Disponible en: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n2.40440>
18. Domínguez J, Padilla I, Domínguez J, Martínez M, Ortega G, García M, et al. Acoso laboral en trabajadores de atención a la salud de Ceuta. *Med Segur Trab* [Internet]. 2012 [citado 2025 dic 18];58(227):117-127. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2012000200005>
19. Goncalves M, González G, Lugo V, Rodríguez E, Suárez F. Maltrato laboral percibido por médicos asistenciales y de posgrado. Hospital “Dr. Rafael Calles Sierra”. Falcón. Sanitis [Internet]. 2024 [citado 2025 dic 4];2(1):10-26. Disponible en: <https://revistas.uam.edu.ve/sanitis/article/view/maltrato-laboral-percibido-por-medicos-asistenciales-y-de-posgra>
20. Fnais N, Soobiah C, Chen M, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, et al. Harassment and discrimination in medical training: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* [Internet]. 2014 [citado 2025 dic 30];89(5):817-827. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000200>
21. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C. The concept of bullying and harassment at work: the European tradition [Internet]. En: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper C, editores. *Bullying and harassment in the workplace: developments in theory, research, and practice*. 2a ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2011 [citado 2025 oct 28]. p. 3-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1201/EBK1439804896>
22. Pérez R, Pérez M. Etiología del maltrato a residentes de medicina desde la teoría de la violencia simbólica. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* [Internet]. 2023 [citado 2025 dic 30];80(3):301-305. Disponible en: <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v80.n3.42438>
23. Crasto C, Guarapana J, López I, Marchan E, Romero J. Percepción del maltrato vs. calidad de vida de los médicos residentes en un hospital universitario. *Innova* [Internet]. 2025 [citado 2025 dic 4];1:17-24. Disponible en: <https://revistas.uam.edu.ve/innova/article/view/percepcion-del-maltrato-vs-calidad-de-vida-de-los-medicos-reside>
24. Leisy H, Ahmad M. Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Med Educ* [Internet]. 2016 [citado 2025 dic 31];16:127. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0639-8>

25. Olivares S, Gómez J, Flores C, Castañeda A, Turrubiates M, Esperón R, et al. Me preparo para prevenir la violencia y el acoso en estudiantes de medicina en México. *Inv Ed Med* [Internet]. 2021 [citado 2025 dic 31];10(40):86-96. Disponible en: <https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2021.40.21388>
26. Rugel J, Sánchez M, Santillán F, Merchán E. Fundamentos de la disciplina positiva y su impacto en la prevención de la violencia escolar. *Pol Con* [Internet]. 2025 [citado 2026 ene 17];10(10):575-588. Disponible en: <https://doi.org/10.23857/pc.v10i10.10556>
27. Montero A, Mantilla M, Acosta N, Macías A, Tipán I, Gallegos M. La disciplina positiva en contextos vulnerables: una revisión desde la perspectiva psicosocial y educativa. *Ciencia Latina* [Internet]. 2025 [citado 2026 ene 17];9(2):7004-70025. Disponible en: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i2.17420