

Residencia médica, maltrato institucional y salud mental: desafíos para una formación emocionalmente sostenible en México

Medical residency, institutional abuse, and mental health: challenges for emotionally sustainable training in Mexico

Ensayo Académico



Este es un documento de acceso abierto bajo la licencia
Creative Commons 4.0 Atribución-No Comercial
(CC BY-NC 4.0 Internacional)



Andrea Sara Soriano Luna

Especialista en Calidad de la Atención Clínica
División de Calidad. Hospital General Regional N° 25
Instituto Mexicano del Seguro Social. México
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5983-0259>

Jorge Alfredo Huitrón Muñoz

Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva
Centro Médico "Lic. Adolfo López Mateos". México
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-4997-2355>

José Juan Castillo Pérez

Doctor en Salud Pública
División de Control y Seguimiento a Procesos de Atención en UMAE
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Instituto Mexicano del Seguro Social. México
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3725-3541>
Correo electrónico: jose.castillope@imss.gob.mx

Recibido: 17/12/2025

Aceptado: 20/03/2026

DOI: <https://doi.org/10.53436/VS2161JD>

D'perspectivas siglo XXI, Volumen 13, Número 26, Año 2026. Julio-Diciembre
ISSN(e): 2448-6566

Resumen

Objetivo: Analizar críticamente el maltrato institucional y el desgaste emocional durante la residencia médica en México desde una perspectiva de salud pública, educación médica y salud mental. El presente trabajo corresponde a un ensayo crítico sustentado en revisión narrativa de literatura científica nacional e internacional, así como en documentos normativos relacionados con la formación médica especializada y las condiciones laborales de los médicos residentes en México.

Resultados: La evidencia revisada muestra que el maltrato durante la residencia médica constituye un fenómeno persistente caracterizado por abuso verbal, humillación, intimidación, jornadas extenuantes y normalización institucional del sufrimiento. Estas prácticas se asocian con *burnout*, depresión, ideación suicida, deterioro del desempeño clínico y afectaciones en la seguridad del paciente. Asimismo, se identifica la ausencia de formación emocional formal como una limitación estructural del modelo tradicional de enseñanza médica. **Conclusiones:** El maltrato institucionalizado en la residencia médica representa un problema de salud pública con implicaciones éticas, clínicas y formativas. Integrar estrategias de acompañamiento emocional, regulación laboral y formación socioemocional constituye una necesidad para avanzar hacia modelos de formación médica más seguros, humanistas y sostenibles.

Palabras clave: residencia médica, maltrato institucional, salud mental, educación médica, formación emocional.

Abstract

Objective: To critically analyze institutional abuse and emotional exhaustion during medical residency in Mexico from the perspectives of public health, medical education, and mental health. This work corresponds to critical essay based on a narrative review of national and international scientific literature, as well as normative documents related to specialized medical training and the working conditions of medical residents in Mexico. **Results:** The reviewed evidence indicates that the abuse during medical residency is a persistent phenomenon characterized by verbal abuse, humiliation, intimidation, exhausting work hours, and the institution normalization of suffering. These practices are associated with burnout, depression, suicidal ideation, deterioration of clinical performance, and impacts on patient safety. Additionally, the absence of normal emotional training is identified as a structural limitation of the traditional medical education model. **Conclusions:** Institutionalized abuse in medical residency represents a public health issue with ethical, clinical and educational implications. Integrating strategies for emotional support, labor regulation, and socio-emotional training is essential for progressing towards safer, more humanistic, and sustainable medical education models.

Keywords: medical residency, institutional mistreatment, mental health, medical education, emotional training.

Introducción

La salud pública contemporánea ha centrado su atención en la construcción de sistemas eficientes, el diseño de políticas basadas en evidencia, la mejora de indicadores de desempeño y la garantía de cobertura universal (Braithwaite *et al.*, 2020). Sin embargo, existe una paradoja estructural persistente y escasamente interrogada: ¿cómo puede un sistema de salud garantizar cuidado de calidad cuando quienes lo proveen se encuentran sistemáticamente descuidados, maltratados y emocionalmente fracturados?

Este ensayo propone una lectura crítica de la formación médica especializada en México, particularmente dentro de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), desde

una perspectiva de salud pública que reconoce en el maltrato institucionalizado hacia los médicos residentes no un evento aislado ni una experiencia individual desafortunada, sino una falla sistémica con repercusiones clínicas, éticas, epidemiológicas y políticas profundas (Anger *et al.*, 2024; Shanafelt & Noseworthy, 2017).

La evidencia internacional ha documentado de manera consistente que entre el 30 % y el 89 % de los médicos residentes experimentan alguna forma de maltrato durante su formación (Fnais *et al.*, 2014; Hu *et al.*, 2019; Leisy & Ahmad, 2016; Sadrabad *et al.*, 2019), de ellas el abuso verbal, la intimidación, la humillación pública, las tareas punitivas y el acoso sexual son las manifestaciones más frecuentes (Fnais *et al.*, 2014). Un metaanálisis que incluyó 51 estudios reveló que el 59.4 % de los residentes ha sufrido al menos una experiencia de acoso o discriminación (Fnais *et al.*, 2014). Los perpetradores han sido identificados predominantemente como médicos de mayor jerarquía, preceptores y supervisores, lo que evidencia un fenómeno cíclico incurrido por la cultura jerárquica y la normalización institucional del abuso (Leisy & Ahmad, 2016).

Las consecuencias de este maltrato estructurado son severas y están ampliamente documentadas, las que incluyen estrés crónico, síntomas compatibles con trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, ideación suicida, consumo problemático de sustancias, y trastornos mentales comunes (TMC) que afectan hasta al 89 % de los residentes sometidos a agresiones frecuentes (Enriquez *et al.*, 2023; Fnais *et al.*, 2014; Hu *et al.*, 2019; Leisy & Ahmad, 2016; Sadrabad *et al.*, 2019). Estos efectos no solo comprometen el bienestar individual del médico en formación, sino que tienen un impacto directo en su desempeño técnico, en la calidad de la relación médico-paciente y en la seguridad de los usuarios del sistema de salud (Johnson *et al.*, 2025).

A pesar de la gravedad epidemiológica y ética de este fenómeno, el maltrato en la residencia médica permanece marginal en la agenda académica y de políticas públicas en México. Este ensayo busca contribuir a su visibilización mediante un análisis crítico que articula dimensiones históricas, sociológicas, neurobiológicas y normativas del problema, con el propósito de fundamentar la urgencia de reformas estructurales que integren el bienestar emocional como un eje central, no accesorio, de la educación médica.

Análisis y discusión

1. Trauma normalizado como pedagogía

El modelo de formación médica especializada en México replica, de manera inquietante, estructuras propias del entrenamiento militar. Así como jóvenes soldados ingresan a las fuerzas armadas con expectativas de disciplina, honor y servicio, solo para enfrentar experiencias traumáticas no procesadas que derivan en trastorno de estrés postraumático (Mark *et al.*, 2018), los médicos residentes ingresan a sus programas de especialización con una convicción casi mística de salvar vidas, obtener prestigio y ejercer una profesión respetada, pero se encuentran con una realidad radicalmente distinta, un proceso de supervivencia, no de aprendizaje (Villanueva, 2019; Weurlander *et al.*, 2019).

La residencia médica se ha configurado históricamente como un rito de paso que exige la supresión de la vulnerabilidad, el silenciamiento del error y la resistencia al agotamiento físico y emocional

como prueba de aptitud profesional. Este modelo pedagógico, heredado de tradiciones médicas del siglo XIX y principios del XX, permanece vigente pese a que sus fundamentos han sido ampliamente cuestionados por la evidencia contemporánea en educación médica y salud ocupacional.

La analogía con la milicia no es metafórica sino estructural, ambas instituciones someten a sus miembros a condiciones extremas bajo la premisa de que la fortaleza se construye mediante el sufrimiento, ambas normalizan el maltrato jerárquico como mecanismo de disciplina, y ambas abandonan a sus integrantes sin contención emocional ante experiencias potencialmente traumáticas.

Los médicos residentes, particularmente en áreas de alto riesgo como obstetricia, trauma, cirugía oncológica y servicios de urgencias, son expuestos de manera reiterada a situaciones perturbadoras, cuerpos mutilados, lamentos de familiares, confrontación cotidiana con la muerte, y la responsabilidad de tomar decisiones clínicas bajo presión extrema con consecuencias vitales (Khodoruth *et al.*, 2021; Rodrigues *et al.*, 2018; Vance *et al.*, 2021). Esta exposición repetida se asocia con niveles elevados de estrés (hasta 41.7 %), ansiedad (hasta 52.8 %), depresión (hasta 67.7 %), y síndrome de *burnout* que afecta hasta el 80 % de los residentes (Es-saffar *et al.*, 2024; Steil *et al.*, 2022).

Lo crítico no es la exposición en sí misma, inherente al ejercicio médico, sino la ausencia de contención psicológica y validación emocional. Al no existir espacios institucionales para procesar estas experiencias, se genera un fenómeno conocido como “segundas víctimas” (West *et al.*, 2016), donde el personal de salud que vive eventos adversos queda traumatizado sin apoyo, lo que deriva en endurecimiento afectivo, indiferencia emocional y, eventualmente, en la reproducción de patrones de maltrato hacia pacientes o subordinados (Rinaldi *et al.*, 2022; Testoni *et al.*, 2023).

La formación médica actual no enseña a gestionar el impacto emocional del sufrimiento humano; enseña a reprimirlo. Esta represión institucionalizada tiene consecuencias neurobiológicas, psicológicas y relacionales que se analizarán en secciones posteriores.

A pesar de décadas de avances en pedagogía médica, la formación emocional y el desarrollo de habilidades psicosociales continúan siendo sistemáticamente relegados en la mayoría de los planes de estudio de escuelas (Haro & Ayala, 2025) y facultades de medicina en México y Latinoamérica. Si bien se han incorporado asignaturas como Ética y Bioética fundamentales para la práctica clínica, la dimensión emocional del ejercicio médico sigue siendo escasamente abordada de manera estructurada y continua (Delgado, 2021).

Muchas instituciones cuentan con servicios de psicología que ofrecen acompañamiento puntual a estudiantes, internos y residentes ante crisis personales o emocionales, pero este apoyo es reactivo, no preventivo ni formativo. No existe en la estructura curricular formal una pedagogía del autocuidado emocional, de la gestión del duelo clínico, del procesamiento de la culpa, o del acompañamiento ante el primer paciente perdido (Anger *et al.*, 2024; Nichol *et al.*, 2024; Weurlander *et al.*, 2019).

Esta omisión curricular no es inocente, refleja una concepción profundamente arraigada del médico como figura impermeable al sufrimiento, como sujeto técnico antes que humano. La vulnerabi-

lidad sigue siendo vista como debilidad profesional, no como condición inherente a la experiencia humana que requiere ser comprendida, nombrada y gestionada.

Más allá del currículum formal, existe un currículum oculto que opera de manera implícita pero poderosa en los hospitales escuela, aquel que enseña que mostrar emociones es inapropiado, que pedir ayuda es signo de incompetencia, que el cansancio debe ocultarse, y que la invulnerabilidad emocional es requisito para ser respetado dentro de la jerarquía médica (Morera *et al.*, 2024).

Este currículum oculto refuerza narrativas institucionales que niegan la humanidad del médico en formación. Se aprende, por ejemplo, que llorar tras la muerte de un paciente es “poco profesional”, que expresar dudas sobre el propio juicio clínico es “carecer de confianza”, y que solicitar pausas para procesar eventos traumáticos es “no estar a la altura de la especialidad”.

El resultado es la formación de profesionales técnicamente competentes pero emocionalmente fragmentados, incapaces de reconocer sus propios límites, de establecer relaciones empáticas genuinas con los pacientes, o de construir entornos laborales saludables para las siguientes generaciones (Benbassat, 2013; Dyrbye *et al.*, 2006; Haque & Waytz, 2012).

2. Normalización institucional del maltrato

El concepto de institución total, desarrollado por Erving Goffman, describe organizaciones que controlan todos los aspectos de la vida de sus integrantes, separándolos del mundo exterior y sometiéndolos a un régimen de disciplina absoluta. Los hospitales escuela, bajo el modelo tradicional de residencia médica, operan funcionalmente como instituciones totales, controlan el tiempo, el espacio, el descanso, la alimentación y las relaciones sociales de los médicos residentes (Villanueva, 2019).

Jornadas laborales que oscilan entre 80 y 120 horas semanales, equivalentes a dos o tres empleos simultáneos sin descanso, han sido normalizadas bajo el argumento de que la formación de excelencia requiere disponibilidad total. Esta lógica institucionalizada niega sistemáticamente a los médicos en formación el derecho al descanso, a una alimentación adecuada, al autocuidado físico y a la reflexión crítica sobre su ejercicio clínico (Weaver *et al.*, 2020).

Estas jornadas extenuantes no solo vulneran los derechos laborales fundamentales establecidos en la Ley Federal del Trabajo (artículos 353-A al 353-I) y en la NOM-001-SSA3-2012, sino que comprometen directamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención (Shanafelt *et al.*, 2015; Weaver *et al.*, 2020). La privación crónica de sueño afecta funciones cognitivas superiores como la atención, la memoria operativa, el juicio clínico y la toma de decisiones, precisamente las habilidades críticas para el ejercicio médico seguro.

Uno de los mitos más perniciosos del modelo tradicional de residencia es la idea de que la excelencia médica solo puede alcanzarse mediante la resistencia al sufrimiento físico y emocional (Benbassat, 2013; Nichol *et al.*, 2024). Esta narrativa, profundamente arraigada en la cultura médica, sostiene que la privación de sueño, el hambre, el agotamiento y la humillación son necesarios para “forjar el carácter” del futuro especialista (Morera *et al.*, 2024).

Sin embargo, la evidencia científica contradice categóricamente esta premisa. La exposición prolongada a factores estresantes severos sin mecanismos de afrontamiento saludables no produce resiliencia; produce desgaste emocional severo, síndrome de *burnout*, ansiedad, depresión, abuso de sustancias y deterioro cognitivo (Dyrbye *et al.*, 2006; Jackson *et al.*, 2016; Oreskovich *et al.*, 2012; Rodrigues *et al.*, 2018; Testoni *et al.*, 2023). Lejos de mejorar la competencia clínica, el maltrato institucionalizado la compromete.

El modelo pedagógico basado en el sufrimiento como herramienta formativa no solo es éticamente inaceptable, sino que es clínicamente contraproducente. Los residentes exhaustos cometen más errores médicos, presentan menor capacidad de empatía, experimentan mayor desconexión emocional con los pacientes y reproducen, con mayor frecuencia, patrones de maltrato hacia estudiantes y colegas (Hu *et al.*, 2019; Vance *et al.*, 2021; Weaver *et al.*, 2020).

La normalización institucional del maltrato en la residencia médica también se expresa en la manera en que el sufrimiento emocional, el agotamiento extremo e incluso el suicidio de médicos en formación pueden ser minimizados, silenciados o interpretados como problemas individuales más que como manifestaciones de una falla estructural. Diversas investigaciones sobre seguridad psicológica organizacional han mostrado que los entornos laborales altamente jerárquicos pueden dificultar la expresión de vulnerabilidad emocional, la búsqueda de apoyo y la denuncia de prácticas de maltrato, particularmente en contextos sanitarios y de alta exigencia profesional.

En más de una ocasión, se ha escuchado entre mandos superiores que el suicidio es “estadísticamente irrelevante” al presentar una probabilidad menor al 0.05, lo que implica, desde una lectura técnica errónea, que podría “esperarse” en cualquier población. Esta interpretación no solo revela una deshumanización progresiva del fenómeno, sino que ilustra cómo la tragedia individual es invisibilizada por una lógica institucional que privilegia la eficiencia operativa sobre el cuidado del personal en formación.

Desde la perspectiva de la salud pública, este tipo de eventos no pueden seguir considerándose como sucesos aislados ni atribuibles únicamente a factores individuales o de vulnerabilidad personal. El suicidio de un residente, el hostigamiento laboral sistemático y la normalización del maltrato dentro de los espacios clínicos de formación deben ser reconocidos como fallas estructurales del sistema de salud, y por tanto, abordados como un problema de salud colectiva que requiere vigilancia epidemiológica, intervención institucional y reformas normativas (Harvey *et al.*, 2021; Shanafelt & Noseworthy, 2017).

Así como se monitorea la prevalencia de enfermedades crónicas o infecciosas, debería monitorearse sistemáticamente el impacto del entorno laboral en la salud mental del personal médico en formación. Las condiciones adversas de trabajo, la ausencia de acompañamiento emocional, el estigma hacia la vulnerabilidad y el silenciamiento institucional son factores de riesgo psicosocial que pueden y deben ser intervenidos mediante estrategias de prevención, regulación y acompañamiento integral (Anger *et al.*, 2024; Es-saffar *et al.*, 2024; Søvold *et al.*, 2021).

La residencia médica también puede generar experiencias de aislamiento emocional y distanciamiento progresivo de la vida personal fuera del entorno hospitalario. Diversos relatos y reflexiones

publicados por médicos en formación describen la sensación de permanecer física y emocionalmente confinados dentro de instituciones hospitalarias durante periodos prolongados, observando cómo la vida cotidiana transcurre fuera de esos espacios mientras las exigencias asistenciales absorben gran parte de su tiempo, energía y vínculos personales.

Estas experiencias han sido descritas en distintos análisis sobre cultura hospitalaria y formación médica, los cuales señalan que los entornos clínicos altamente demandantes pueden favorecer dinámicas de confinamiento simbólico, despersonalización y desconexión progresiva de la vida cotidiana fuera del hospital (Shalaby *et al.*, 2023). La permanencia prolongada en espacios cerrados, sometidos a ritmos asistenciales intensos y horarios extendidos, puede alterar la percepción del tiempo, limitar los vínculos sociales y contribuir al deterioro del bienestar emocional de los médicos en formación (Butragueño *et al.*, 2016). Sin embargo, lo verdaderamente revelador es que esta sensación de encierro no es exclusiva del paciente, también la viven los médicos residentes.

La privación sensorial, la pérdida de contacto con ritmos naturales de luz y oscuridad, la desconexión de relaciones sociales externas al hospital y la imposibilidad de participar en actividades recreativas o culturales configuran un entorno de confinamiento funcional que tiene efectos psicológicos bien documentados: despersonalización, pérdida de identidad, aplanamiento afectivo y deterioro de la salud mental (Byrne *et al.*, 2023; Haque & Waytz, 2012; Lönn *et al.*, 2023).

La metáfora del hospital-cárcel se amplía entonces: la estructura que acoge el sufrimiento físico también puede contener, y a veces sofocar, el sufrimiento emocional de quienes intentan aliviarlo.

3. Consecuencias neurobiológicas del estrés crónico en residentes e implicaciones de seguridad en el paciente

El ejercicio de la medicina bajo condiciones extremas de estrés, jornadas prolongadas y una cultura institucional que minimiza el autocuidado tiene consecuencias que trascienden el ámbito emocional, afectando directamente la neurobiología del profesional de la salud (Anger *et al.*, 2024; Søvold *et al.*, 2021). La exposición crónica al estrés psicosocial, combinada con la privación de sueño, la hiperactivación del sistema simpático y el aumento sostenido de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) genera un entorno fisiológico desfavorable que potencia el estrés oxidativo a nivel cerebral (Broquet y Rockey, 2004).

La evidencia indica que el estrés oxidativo, producido por un desequilibrio entre radicales libres y antioxidantes, ha sido vinculado con procesos de neurodegeneración, especialmente en áreas cerebrales críticas como el hipocampo, responsable de la consolidación de la memoria y el procesamiento emocional. A largo plazo, esta cascada bioquímica reduce la plasticidad cerebral, es decir, la capacidad del cerebro para adaptarse, aprender y recuperarse frente a nuevas experiencias o lesiones (Anger *et al.*, 2024; Søvold *et al.*, 2021).

La disminución de la plasticidad cerebral no solo limita la capacidad de concentración y la memoria operativa, fundamentales para la toma de decisiones clínicas (Hoogendoorn & Rodríguez, 2023; West *et al.*, 2018), sino que también afecta la regulación emocional, la empatía y la resiliencia.

De este modo, el agotamiento crónico y la falta de mecanismos de contención emocional no solo deterioran la salud mental del médico, sino que comprometen indirectamente la calidad de la atención brindada al paciente (Vance *et al.*, 2021).

Este hallazgo tiene implicaciones críticas para la salud pública, el desgaste emocional del personal médico no es solo un problema de bienestar laboral, sino un determinante directo de la calidad y seguridad de la atención. Médicos con funciones cognitivas comprometidas por estrés crónico y privación de sueño presentan mayor riesgo de cometer errores diagnósticos, terapéuticos y de juicio clínico (Shanafelt *et al.*, 2015; Weaver *et al.*, 2020; West *et al.*, 2018).

La medicina del siglo XXI no puede seguir ignorando la base neurobiológica del agotamiento profesional (Hoogendoorn & Rodríguez, 2023; Søvold *et al.*, 2021; Testoni *et al.*, 2023). Es imperativo replantear no solo los planes de estudio, sino también las condiciones laborales dentro de los hospitales, incorporando políticas de protección neuropsiquiátrica que garanticen la salud mental como un derecho profesional y un componente esencial de la seguridad del paciente.

El abandono institucional del que son objeto los médicos residentes no ocurre en el vacío; se inscribe dentro de un contexto más amplio de crisis estructural de los sistemas de salud. En México, la creciente demanda de servicios de salud supera ampliamente la capacidad del personal sanitario disponible. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud estimó un déficit de 4 millones de trabajadores de la salud en 2006, proyectado a 15 millones para 2030 (Asamblea Mundial de la Salud, 2016; Jackson *et al.*, 2016).

Esta presión estructural genera un entorno laboral deshumanizado que promueve prácticas rutinarias, la reducción de la empatía, la mecanización del trato y la presión constante por mantenerse actualizado en medio de condiciones adversas (Haque & Waytz, 2012; Hoogendoorn & Rodríguez, 2023). La sobrecarga asistencial no es solo una cuestión de eficiencia operativa; es un factor de riesgo psicosocial que favorece la deshumanización, el distanciamiento emocional y la vulnerabilidad psicológica del personal de salud.

4. Hacia una formación médica emocionalmente sostenible

La propuesta central de este ensayo es que la formación médica debe experimentar una transformación estructural que integre el desarrollo emocional como un componente formal, continuo y evaluable del currículum. Esto implica:

- Asignaturas obligatorias sobre gestión emocional y autocuidado desde el pregrado, que aborden el procesamiento del duelo clínico, el manejo de la incertidumbre diagnóstica, la gestión de errores médicos y el afrontamiento del sufrimiento humano.
- Espacios institucionalizados de reflexión y contención emocional dentro de los programas de residencia, donde los médicos en formación puedan procesar experiencias traumáticas sin temor a ser juzgados o estigmatizados.

- Formación docente en acompañamiento emocional, para que los preceptores y supervisores desarrollen competencias pedagógicas que trasciendan la transmisión de conocimiento técnico y aborden la dimensión humana de la formación médica.
- Protocolos de intervención ante eventos adversos, que incluyan acompañamiento psicológico inmediato para residentes que vivencien situaciones potencialmente traumáticas (muerte de pacientes, errores médicos, agresiones, etc.).

Es indispensable que las jornadas laborales durante la residencia médica sean reguladas conforme a la evidencia científica disponible sobre salud ocupacional, privación de sueño y desempeño cognitivo. Diversos estudios internacionales han mostrado que las jornadas prolongadas y la sobrecarga laboral en médicos residentes se asocian con mayor riesgo de agotamiento, deterioro del rendimiento clínico y afectaciones en la seguridad del paciente (Weaver *et al.*, 2020).

Aunque en México la evidencia empírica sobre este fenómeno continúa siendo limitada, las condiciones descritas por múltiples residentes y estudios nacionales sugieren la persistencia de dinámicas laborales que requieren mayor atención institucional y académica.

Asimismo, la narrativa de la “vocación médica” no puede continuar utilizándose como mecanismo de normalización del sufrimiento, la sobrecarga o la precarización emocional durante la formación profesional. Garantizar una atención médica segura y humanista implica reconocer que el bienestar físico y mental de quienes ejercen la medicina constituye una condición fundamental para el cuidado adecuado de la población.

Desde la salud pública, es urgente establecer sistemas de vigilancia epidemiológica de la salud mental del personal sanitario, particularmente de médicos residentes, que permitan:

- Identificar factores de riesgo psicosocial en distintas especialidades y servicios.
- Medir la prevalencia de burnout, ansiedad, depresión e ideación suicida.
- Evaluar el impacto de intervenciones institucionales sobre el bienestar emocional.
- Generar datos que fundamenten reformas de política pública.

Este monitoreo debe ser tan sistemático y riguroso como el que se realiza para enfermedades transmisibles o crónicas, reconociendo que la salud mental del personal de salud es un indicador de calidad del sistema sanitario (Melnik *et al.*, 2020).

Conclusión

Este ensayo ha argumentado que el maltrato estructurado en la residencia médica mexicana no es un fenómeno marginal ni anecdótico, sino una crisis de salud pública con dimensiones éticas, clínicas, neurobiológicas y sociales profundas. La formación médica contemporánea perpetúa un

modelo que rompe antes que formar, que insensibiliza antes que humanizar, y que abandona emocionalmente a quienes tienen la responsabilidad de cuidar.

La evidencia analizada permite sostener que el maltrato institucional durante la residencia médica no constituye un fenómeno aislado ni una experiencia individual desafortunada, sino una expresión estructural de modelos formativos que históricamente han normalizado el sufrimiento, la sobrecarga y la vulnerabilidad emocional como parte del aprendizaje médico. Estas dinámicas afectan no solo la salud mental de los médicos residentes, sino también la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Garantizar una formación médica emocionalmente sostenible implica reconocer que el bienestar del personal en formación no es un elemento accesorio, sino una condición indispensable para el ejercicio de una medicina segura, ética y humanista. No es posible formar profesionales orientados al cuidado desde entornos caracterizados por la deshumanización, la violencia jerárquica y el desgaste emocional persistente.

En este sentido, las instituciones formadoras y los sistemas de salud enfrentan el desafío de transformar las estructuras culturales y organizacionales que perpetúan el maltrato como mecanismo de formación. Integrar estrategias de acompañamiento emocional, fortalecer la regulación de las condiciones laborales y reconocer la salud mental de los residentes como una prioridad institucional constituyen medidas necesarias para avanzar hacia modelos de formación médica más dignos, empáticos y sostenibles.

El bienestar de quienes ejercen la medicina no representa únicamente una responsabilidad ética hacia los profesionales de la salud, sino también una condición fundamental para garantizar una atención de calidad y fortalecer la capacidad humana de los sistemas sanitarios.

Referencias

- Anger, W. K., Dimoff, J. K., & Alley, L. (2024). Addressing Health Care Workers' Mental Health: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions and Current Resources. *American Journal of Public Health*, 114(S2), pp. 213-226. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2023.307556>
- Asamblea Mundial de la Salud. (2016). *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: Personal sanitario 2030*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/254600>
- Benbassat, J. (2013). Undesirable features of the medical learning environment: A narrative review of the literature. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 18(3), pp. 527-536. <https://doi.org/10.1007/s10459-012-9389-5>
- Braithwaite, J., Tran, Y., Ellis, L. A., & Westbrook, J. (2020). Inside the black box of comparative national healthcare performance in 35 OECD countries: Issues of culture, systems performance and sustainability. *Plos One*, 15(9), e0239776. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239776>

- Broquet, K. E. & Rockey, P. H. (2004). Teaching Residents and Program Directors About Physician Impairment. *Academic Psychiatry*, 28(3), pp. 221-225. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.28.3.221>
- Butragueño Laiseca, L., González Martínez, F., Oikonomopoulou, N., Pérez Moreno, J., Toledo Del Castillo, B., González Sánchez, M. I., & Rodríguez Fernández, R. (2016). Percepción de los adolescentes sobre el ingreso hospitalario. Importancia de la humanización de los hospitales infantiles. *Revista Chilena de Pediatría*, 87(5), pp. 373-379. <https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2016.04.003>
- Byrne, J.-P., Creese, J., McMurray, R., Costello, R. W., Matthews, A., & Humphries, N. (2023). Feeling like the enemy: The emotion management and alienation of hospital doctors. *Frontiers in Sociology*, 8, 1232555. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1232555>
- Delgado, J. (2021). Vulnerability as a key concept in relational patient- centered professionalism. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(2), pp. 155-172. <https://doi.org/10.1007/s11019-020-09995-8>
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(4), pp. 354-373. <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>
- Enriquez Estrada, V. M., Antonio-Villa, N. E., Bello-Chavolla, O. Y., Cuevas-García, C. F., Vargas Gutiérrez, P. L., Noriega, I. S.-Y. C., & García-Cortés, L. R. (2023). Assessment of psychological terror and its impact on mental health and quality of life in medical residents at a reference medical center in Mexico: A cross-sectional study. *Plos One*, 18(12), e0295138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295138>
- Es-saffar, S., Sallemi, I., Kouki, M. B., Hammami, K. J., Hajjaji, M., Talouh, M., & Masmoudi, M. L. (2024). P-439 Mental Health and Psychological Distress Among Medical Residents. *Occupational Medicine*, 74(Supplement_1), pp. 0-0. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqae023.1153>
- Fnaïs, N., Soobiah, C., Chen, M. H., Lillie, E., Perrier, L., Tashkhandi, M., Straus, S. E., Mamdani, M., Al-Omran, M., & Tricco, A. C. (2014). Harassment and Discrimination in Medical Training: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Academic Medicine*, 89(5), pp. 817-827. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000200>
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 7(2), pp. 176-186. <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>

- Haro Esquivel, G., & Ayala Hernández, P. (2025). El Impacto del Currículo Humanista en la Nueva Escuela Mexicana (NEM): Una Perspectiva Contemporánea. *Ibero Ciencias - Revista Científica y Académica* - ISSN 3072-7197, 4(3), pp. 1521-1566. <https://doi.org/10.63371/ic.v4.n3.a184>
- Harvey, S. B., Epstein, R. M., Glozier, N., Petrie, K., Strudwick, J., Gayed, A., Dean, K., & Henderson, M. (2021). Mental illness and suicide among physicians. *The Lancet*, 398(10303), pp. 920-930. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01596-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01596-8)
- Hoogendoorn, C. J., & Rodríguez, N. D. (2023). Rethinking dehumanization, empathy, and burnout in healthcare contexts. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 52, 101285. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2023.101285>
- Hu, Y.-Y., Ellis, R. J., Hewitt, D. B., Yang, A. D., Cheung, E. O., Moskowitz, J. T., Potts, J. R., Buyske, J., Hoyt, D. B., Nasca, T. J., & Bilimoria, K. Y. (2019). Discrimination, Abuse, Harassment, and Burnout in Surgical Residency Training. *New England Journal of Medicine*, 381(18), pp. 1741-1752. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1903759>
- Jackson, E. R., Shanafelt, T. D., Hasan, O., Satele, D. V., & Dyrbye, L. N. (2016). Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 91(9), pp. 1251-1256. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001138>
- Johnson, M., Ahn, B. (Tony), Grewal, K., Matin, N., Pelletier, J.-S., Feldman, L. S., Fried, G. M., Tsiolis, M., & Harley, J. M. (2025). Get Over It: Surgical Residents' Responses to Simulated Harassment. A Multi Method Study. *Journal of Surgical Education*, 82(3), 103397. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2024.103397>
- Khodoruth, M. A. S., Ouanes, S., Smida, M., Al-Salihy, Z., Nuaimi, S. A., Khodoruth, W. N. C., Ghaffar, A., & Mohammed, M. F. H. (2021). Factors associated with mental health outcomes among medical residents exposed to COVID-19. *BJPsych Open*, 7(S1), S232-S232. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.617>
- Leisy, H. B., & Ahmad, M. (2016). Altering workplace attitudes for resident education (A.W.A.R.E.): Discovering solutions for medical resident bullying through literature review. *BMC Medical Education*, 16(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0639-8>
- Lönn, A., Weurlander, M., Seeberger, A., Hult, H., Thornberg, R., & Wernerson, A. (2023). The impact of emotionally challenging situations on medical students' professional identity formation. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, 28(5), pp. 1557-1578. <https://doi.org/10.1007/s10459-023-10229-8>
- Mark, K. M., Stevelink, S. A. M., Choi, J., & Fear, N. T. (2018). Post-traumatic growth in the military: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 75(12), pp. 904-915. <https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105166>

- Melnyk, B. M., Kelly, S. A., Stephens, J., Dhakal, K., McGovern, C., Tucker, S., Hoying, J., McRae, K., Ault, S., Spurlock, E., & Bird, S. B. (2020). Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion: AJHP*, 34(8), pp. 929-941. <https://doi.org/10.1177/0890117120920451>
- Morera, D., Delgado, J., Lorenzo, E., De Castro-Peraza, M. E., & Delgado, N. (2024). "Superheroes? No, thanks." Accepting vulnerability in healthcare professionals. *Human Resources for Health*, 22(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12960-024-00899-9>
- Nichol, H., Turnnidge, J., Dalgarno, N., & Trier, J. (2024). Navigating the paradox: Exploring resident experiences of vulnerability. *Medical Education*, 58(12), pp. 1469-1477. <https://doi.org/10.1111/medu.15426>
- Oreskovich, M. R., Kaups, K. L., Balch, C. M., Hanks, J. B., Satele, D., Sloan, J., Meredith, C., Buhl, A., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2012). Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)*, 147(2), pp. 168-174. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.1481>
- Rinaldi, C., Ratti, M., Russotto, S., Seys, D., Vanhaecht, K., & Panella, M. (2022). Healthcare Students and Medical Residents as Second Victims: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12218. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912218>
- Rodrigues, H., Cobucci, R., Oliveira, A., Cabral, J. V., Medeiros, L., Gurgel, K., Souza, T., & Gonçalves, A. K. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 13(11), e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>
- Sadrabad, A. Z., Bidarizerehpooosh, F., Farahmand Rad, R., Kariman, H., Hatamabadi, H., & Alimohammadi, H. (2019). Residents' Experiences of Abuse and Harassment in Emergency Departments. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(3), pp. 642-652. <https://doi.org/10.1177/0886260516645575>
- Shalaby, R., Oluwasina, F., Eboreime, E., El Gindi, H., Agyapong, B., Hrabok, M., Dhanoa, S., Kim, E., Nwachukwu, I., Abba-Aji, A., Li, D., & Agyapong, V. I. O. (2023). Burnout among Residents: Prevalence and Predictors of Depersonalization, Emotional Exhaustion and Professional Unfulfillment among Resident Doctors in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3677. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043677>
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), pp. 1600-1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>

- Shanafelt, T. D., & Noseworthy, J. H. (2017). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), pp. 129-146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- Søvold, L. E., Naslund, J. A., Kousoulis, A. A., Saxena, S., Qoronfleh, M. W., Grobler, C., & Münter, L. (2021). Prioritizing the Mental Health and Well-Being of Healthcare Workers: An Urgent Global Public Health Priority. *Frontiers in Public Health*, 9, 679397. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679397>
- Steil, A., Pereira Tokeshi, A. B., Bernardo, L. S., Da Silva Neto, G. P., Davi, R. F., Bárbara, A. F. S., Mendonca, V. S., Fidalgo, T. M., & Teixeira Gois, A. F. (2022). Medical residents' mental distress in the COVID-19 pandemic: An urgent need for mental health care. *PLOS ONE*, 17(3), e0266228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0266228>
- Testoni, I., Brondolo, E., Ronconi, L., Petrini, F., Navalesi, P., Antonellini, M., Biancalani, G., Crupi, R., & Capozza, D. (2023). Burnout following moral injury and dehumanization: A study of distress among Italian medical staff during the first COVID-19 pandemic period. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(Suppl 2), S357-S370. <https://doi.org/10.1037/tra0001346>
- Vance, M. C., Mash, H. B. H., Ursano, R. J., Zhao, Z., Miller, J. T., Clarion, M. J. D., West, J. C., Morganstein, J. C., Iqbal, A., & Sen, S. (2021). Exposure to Workplace Trauma and Post-traumatic Stress Disorder Among Intern Physicians. *JAMA Network Open*, 4(6), e2112837. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.12837>
- Villanueva Lozano, M. (2019). Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: La vida secreta de los hospitales escuela. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 5, pp. 1-35. <https://doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>
- Weaver, M. D., Landrigan, C. P., Sullivan, J. P., O'Brien, C. S., Qadri, S., Viyaran, N., Wang, W., Vetter, C., Czeisler, C. A., & Barger, L. K. (2020). The Association Between Resident Physician Work-Hour Regulations and Physician Safety and Health. *The American Journal of Medicine*, 133(7), e343-e354. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.053>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., Erwin, P. J., & Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: A systematic review and meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 388(10057), pp. 2272-2281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31279-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31279-X)
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), pp. 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Weurlander, M., Lönn, A., Seeberger, A., Hult, H., Thornberg, R., & Wernerson, A. (2019). Emotional challenges of medical students generate feelings of uncertainty. *Medical Education*, 53(10), pp. 1037-1048. <https://doi.org/10.1111/medu.13934>