Rev Colomb Cir. 2025;40:497-510
https://doi.org/10.30944/20117582.2665

ÉTICA Y EDUCACIÓN

Acoso laboral en residentes de cirugía: Antecedentes, consecuencias y estrategias de intervención

Workplace harassment in surgical residents: Background, consequences, and strategies of intervention

Luis Carlos Domínguez-Torres, MD, MSc, MPHE, PhD[2],
Neil Valentín Vega-Peña, MD, MSc, MPHE, FACS[2], Álvaro Enrique Sanabria-Quiroga, MD, PhD[2],
Juan Guillermo Sandoval, PhD[3]

1 Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.
2 Departamento de Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
3 Departamento de Psicología social y de las organizaciones, Facultad de Psicología, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

Resumen

Introducción. El acoso laboral es un problema mayor en la educación quirúrgica, sin embargo, la información sobre su conceptualización, a partir de fundamentos teóricos y evidencia empírica, es limitada.

Métodos. Se realizó una revisión narrativa sobre el acoso laboral en residentes de cirugía para explorar sus antecedentes, desenlaces y estrategias de mitigación, con base en perspectivas organizacionales y evidencia empírica disponible.

Resultados. El acoso laboral se refiere a comportamientos negativos y hostiles, deliberados e intencionales, repetitivos, que producen daño en el otro, y generan consecuencias negativas para el desempeño individual y organizacional. Sus principales precursores se encuentran en la pobre cultura educativa de los departamentos quirúrgicos. El acoso laboral afecta negativamente residentes, pacientes, organizaciones y sistemas sanitarios. Existen estrategias organizacionales enfocadas en la prevención primaria, secundaria y terciaria, que pueden contribuir a mitigar el problema.

Conclusión. El acoso laboral es un problema complejo que afecta la educación de los cirujanos. Existen precursores específicos que pueden ser modificados a través de estrategias multidimensionales. Los vacíos en la evidencia al respecto de este tema ofrecen oportunidades de investigación futura.

Palabras clave: acoso escolar; acoso sexual; estrés laboral; educación de postgrado en medicina; cirugía general.

Fecha de recibido: 18/06/2024 - Fecha de aceptación: 12/09/2024 - Publicación en línea: 24/02/2025
Correspondencia: Luis Carlos Domínguez-Torres, Departamento de Cirugía, Universidad de La Sabana, Campus del Puente del Común, Km. 7 Autopista Norte de Bogotá, Chía, Colombia. Teléfono: +57-1 861 5555 / 861 6666.
Dirección electrónica: carlosdot@unisabana.edu.co
Citar como: Domínguez-Torres LC, Vega-Peña NV, Sanabria-Quiroga AE, Sandoval JG. Acoso laboral en residentes de cirugía: Antecedentes, consecuencias y estrategias de intervención. Rev Colomb Cir. 2025;40:497-510. https://doi.org/10.30944/20117582.2665

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

Abstract

Introduction. Workplace harassment is a major problem in surgical education; however, information on its conceptualization, based on theoretical foundations and empirical evidence, is limited.

Methods. A narrative review on workplace harassment in surgery residents was conducted to explore its antecedents, outcomes and mitigation strategies, based on organizational perspectives and available empirical evidence.

Results. Workplace harassment refers to negative and hostile behaviors, deliberate and intentional, repetitive, that cause harm to others, and generate negative consequences for individual and organizational performance. Its main precursors are found in the poor educational culture of surgical departments. Workplace harassment negatively affects residents, patients, organizations and healthcare systems. There are organizational strategies focused on primary, secondary and tertiary prevention, which can help mitigate the problem.

Conclusion. Workplace harassment is a complex problem that affects the education of surgeons. There are specific precursors that can be modified through multidimensional strategies. The gaps in the evidence regarding this topic offer opportunities for future research.

Keywords: bullying; sexual harassment; occupational stress; graduate medical education; general surgery.

Introducción

El interés por el acoso en el trabajo se originó en Norteamérica y Europa en el último cuarto del siglo XX. Inicialmente, fue descrito en 1976 por el psiquiatra estadounidense Carroll Brodsky, bajo la denominación del *"trabajador acosado"*, y luego en 1986, por el psicólogo Heinz Leymann de la Universidad de Umeå (Suecia), como una forma de violencia psicológica en el trabajo o *"mobbing"* [1]. Este último término, sin embargo, no es propio de Leymann; previamente había sido utilizado por el etólogo austriaco Konrad Lorenz, en la década de 1960, para describir el comportamiento grupal de los animales de presa cuando ahuyentan a los depredadores, y luego por el médico sueco Peter-Paul Heinemann, en 1972, para describir la violencia grupal, tanto entre niños como adultos [2].

"Mobbing" es diferente del "*bullying"* o "*matoneo"*, un término adoptado en 1973 por Dan Olweus, psicólogo de la Universidad de Bergen (Noruega), para referirse al acoso escolar [2]. Con esta precisión, cuando Leymann formuló el termino *"mobbing"* lo hizo en el contexto laboral de los adultos. Luego, sus investigaciones y el debate público dieron origen a diferentes proyectos en Noruega, Suecia y Finlandia, países que se convirtieron en el epicentro de estudio del problema. Einarsen, Hoel, Zapf y Cooper son algunos de los más destacados investigadores europeos que han liderado el estudio del problema a lo largo de las últimas décadas [3].

A principios de la década de 1990, la periodista británica Andrea Adams y el psicólogo Neil Crawford, capturaron la atención del público a través de varios documentales realizados en la BBC, los cuales ubicaron al *"mobbing"* o acoso laboral en la agenda del Reino Unido [1]. El interés resultante se extendió a Europa y luego a Norteamérica, en donde había sido abordado principalmente desde la violencia física y acoso sexual en el trabajo -descritas inicialmente por Brodsky-, y menos desde las no físicas, de hostilidad persistente, propias del *"mobbing"* en la tradición europea [4].

En los Estados Unidos el problema se abordó desde su origen como "*workplace bullying"* o *matoneo laboral*, pese a la introducción conceptual del *"mobbing"* por Davenport N, et al., en su libro *Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace* [5]. Este fenómeno contribuyó a la creación en 1997 del *Workplace Bullying Institute*, por parte de los psicólogos Gary y Ruth Namie[3].

Hacia finales de los años 1990 y principios del presente siglo, el tema atrajo la atención de investigadores, profesionales, sindicatos, gobiernos, empleadores y políticos a nivel global. En esta evolución, el acoso laboral adquirió un renovado

interés más allá de la perspectiva psicológica, hacia aproximaciones sociológicas, del derecho y la medicina, entre otras [1]. La atención creciente ha resultado en el desarrollo de constructos e instrumentos para evaluarlo, con el aumento de publicaciones y metodologías de investigación, en la mayor atención a respuestas específicas de las personas que trascienden la simple victimización, y en el reconocimiento de la naturaleza sistémica y comunitaria del problema, que ahora involucra la cultura organizacional [4].

Como fenómeno propio de los entornos laborales modernos, el acoso laboral no es ajeno al ámbito quirúrgico. La presente revisión narrativa se enfoca en los aspectos teóricos actuales del acoso laboral y la evidencia sobre su prevalencia, precursores, consecuencias y estrategias de mitigación en residentes de cirugía, considerando su doble rol como trabajadores y estudiantes de posgrado. La revisiones narrativas o no sistemáticas corresponden a síntesis integrales de datos publicados previamente, sin una hipótesis establecida ni la necesidad de evaluar la calidad de los estudios incluidos [6] que, además, permiten identificar áreas y vacíos de conocimiento relevantes para la investigación futura.

¿Qué es acoso laboral?

Los términos "*bullying"* o matoneo laboral, y "*mobbing"* o acoso laboral, han sido utilizados de forma intercambiable por investigadores, académicos y público general. Esto se debe, por una parte, al abordaje del problema desde la tradición europea y norteamericana. Por otra, a la dificultad para establecer un consenso global sobre cuál término utilizar, considerando las diferencias culturales e idiomas [3]. Finalmente, por la sobreposición con otros términos utilizados que describen comportamientos hostiles en el trabajo [3,4], por ejemplo, abuso emocional, violencia laboral, supervisión abusiva, descortesía en el lugar de trabajo, intimidación laboral, comportamiento contraproducente en el lugar de trabajo, terror psicológico, agresión laboral, abuso emocional en el lugar de trabajo, socavación social, abuso emocional de los empleados, tiranía emocional, maltrato laboral y ostracismo en el lugar de trabajo, entre otros.

Con estas precisiones, la palabra "matón" o "*bully*" deriva del holandés "*boele*", un término que tuvo una connotación cariñosa y familiar en siglo XVI, pues se utilizaba para describir a seres queridos o amantes acosadores, y a los "buenos tipos" o "bravuconeros" [7]. Sin embargo, desde mediados del siglo XIX adquirió una connotación opuesta, por su asociación con comportamientos intimidatorios, amenazantes y autoritarios. Hoy en día, la palabra se refiere a una persona agresiva que intimida o maltrata a las personas más débiles [7]. El matoneo laboral y el acoso laboral, se refieren a comportamientos negativos y hostiles, deliberados e intencionales, repetitivos, que producen daño en el otro, y generan consecuencias negativas para el desempeño individual y organizacional. No obstante, se diferencian por dos aspectos principales [2,3,8]:

1 La agresión grupal es central en el acoso laboral (*mobbing*), mientras el matoneo laboral (*bullying*) puede presentarse de forma individual (uno a uno) o de un grupo de individuos hacia una víctima.

2 La participación organizacional es propia del acoso laboral. Típicamente, los miembros de la organización se involucran, mediante acciones explicitas o encubiertas contra un objetivo, o cuando hacen caso omiso del abuso. Por esta razón, la cultura, el clima y el liderazgo organizacional son una característica central de este proceso destructivo. El matoneo laboral, por el contrario, ocurre sin participación organizacional.

Otros aspectos que diferencian el matoneo del acoso laboral se presentan en la Tabla 1.

Ahora bien, la diferencia entre acoso laboral, discriminación y acoso sexual radica en que estos últimos sólo requieren un único acto para ser ilícitos. La *discriminación* se refiere al trato injusto o desigual basado en los atributos o características específicas de una persona, como sexo, edad, raza, discapacidad o estado civil. El *acoso sexual* se refiere a cualquier comportamiento sexual no deseado, que genera que una persona se sienta ofendida, humillada o intimidada [9].

Tabla 1. Diferencias y similitudes entre el matoneo laboral ("*bullying*") y el acoso laboral ("*mobbing*").

Característica	Matoneo laboral (*Bullying*)	Acoso laboral (*Mobbing*)
Perpetrador	**Individuo**	**Grupo**
Contexto organizacional	Responde a las quejas de los empleados sobre un ambiente de trabajo hostil.	Cultura organizacional tóxica; liderazgo organizacional poco ético y abusivo; comunicación organizacional poco ética; abuso rutinario del poder y el mal uso de los canales organizacionales de investigación y disciplina
Evento desencadenante	Conflictos interpersonales o actividad depredadora de un individuo	Desafío por parte del empleado al status quo
Tipo de acto abusivo	Críticas implacables al desempeño laboral, falta de reconocimiento de habilidades y fortalezas laborales, excesivo escrutinio y demandas laborales irrazonables	Chisme, insinuación, ataques de carácter y personalidad, investigación personal inadecuada e intrusiva y difamación
Método para llevar a cabo los actos abusivos	Interacciones directas entre perpetrador y víctima	Acciones concertadas, muchas de ellas encubiertas, por parte de múltiples miembros de la organización. El método está diseñado para someter a la víctima a un escrutinio o investigación excesivos e injustificados, procedimientos formales o informales a través de comunicación poco ética
Motivación del perpetrador	Ejercicio de poder y control	Eliminación de la víctima de la organización y despojo de respeto, estatus e influencia.

Fuente: Elaboración propia con base en referencia [8].

Sobre el acoso existen múltiples mitos y realidades[10] que deben ser tenidas en cuenta para evitar confusiones (Tabla 2).

Prevalencia y manifestaciones del acoso laboral en residentes de cirugía

El acoso laboral corresponde a una epidemia silente en cirugía [11]. Los primeros estudios fueron publicados a finales de la década de 1990; no obstante, a partir de 2010, el número de estudios provenientes de diferentes países ha aumentado exponencialmente. De forma llamativa, la mayor parte de la literatura ha sido publicada bajo la forma de *bullying* en cirugía y menos desde la orilla del *mobbing*, aunque ambas aproximaciones se han utilizado de forma intercambiable.

Un metaanálisis publicado por Álvarez-Villalobos NA, et al., en 2023 [12], que analizó trece estudios transversales y 44.566 residentes de diferentes programas, estimó que la prevalencia global de acoso laboral en educación médica de posgrado es cercana al 51 %. Las mujeres y los residentes que pertenecen a minorías son los más afectados. Otra revisión sistemática de la literatura publicada en 2022 por Gianakos AL, et al. [13], indicó que, a nivel global el 63 % de los residentes de cirugía han sido víctimas de acoso laboral y el 27 % de acoso sexual. Entre residentes de cirugía colombianos, la prevalencia nacional durante los últimos cinco años, según estudios publicados corresponde a 49 % (2020) [14] y 35,3 % (2023) [15]. No encontramos información proveniente de otros programas de especialización médica en el país que permitiera establecer comparaciones, y tampoco datos disponibles en cirujanos activos.

Se sabe que los principales perpetradores de acoso entre los residentes son los cirujanos a cargo de la educación. Este hallazgo es transversal a diferentes contextos, incluido el colombiano [14,16-22]. Pero también es perpetrado por el personal de enfermería, especialmente cuando se ignoran o excluyen las opiniones de los residentes, incluidas las órdenes médicas [23]. Es paradójico, sin embargo, que los residentes son los principales responsables del acoso hacia los estudiantes de medicina [24].

Tabla 2. Mitos y realidades sobre el acoso laboral

Mito	Realidad
El acoso afecta únicamente a los niños en los colegios	Es un fenómeno global que afecta a los adultos en el lugar de trabajo
El acoso hace a la víctima más fuerte con el tiempo	Tiene efectos devastadores en las víctimas, sus familias, amigos, comunidades, organizaciones y sociedad
El acoso es una parte normal del trabajo	Es una violación de los derechos humanos más fundamentales; no tiene lugar ni valor en el lugar de trabajo.
Las víctimas son simplemente personas "lloronas y débiles"	Las víctimas también pueden ser las personas más fuertes; provienen de todos los ámbitos de la vida y de diferentes posiciones en las organizaciones
Las leyes para abordar el acoso laboral crean un código de civismo	Las leyes no crean dicho código, sirven para proteger los derechos de los empleados en el lugar de trabajo

Fuente: Elaboración propia con base en referencia [10].

A nivel general, las formas más frecuentes de acoso laboral percibidas por los residentes son "ignorar las opiniones", "exponerse a una carga de trabajo inmanejable" y "criticar persistentemente sus errores" [25]. En buena parte, estos hallazgos provienen de estudios realizados con base en el *Negative Acts Questionnaire* (NAQ) [26], el instrumento más utilizado para evaluar el problema en cirugía. No obstante, este instrumento ha sido criticado por sus imprecisiones y validez en el ámbito quirúrgico [27], una situación que debe ser explorada en nuevos estudios.

Más de dos terceras partes de los residentes de cirugía no reportan los incidentes relacionados con acoso [13,28] y la mitad tiene miedo a retaliación [13]. En buena parte, esto ocurre porque muchos no saben cómo lidiar con este problema [29], porque los incidentes no resultan ser lo suficientemente importantes para ser denunciados [24], o porque no creen en las instituciones [30]. Estos factores son más problemáticos cuando las víctimas son mujeres [30,31].

Precursores del acoso laboral en cirugía

Sobre el perfil de los acosadores en cirugía se ha mencionado que carecen de introspección e inteligencia emocional [32], que demuestran estilos de comunicación verbal más agresivos [33] y estilos de liderazgo transaccionales [34], y que sus comportamientos son disruptivos, hostiles narcisistas y conflictivos [35]. Inclusive, haber sido acosado durante la residencia predice hostilidad, y haber presenciado el acoso de otros, predice estrés [36].

No obstante, más allá de los factores individuales, los ambientes quirúrgicos son proclives al acoso por varias razones. La estructura jerárquica propicia el miedo: otros especialistas tienen miedo de los cirujanos, y estos frecuentemente tienen miedo de sus lideres [37]. Inclusive, en medio de jerarquía, los residentes se ven obligados a realizar tareas personales para los especialistas, como ir de compras o cuidar niños [38]. Por otra parte, entre residentes y cirujanos existe un "código de silencio" que impide denunciar el acoso por temor a represalias. Adicionalmente, el estrés laboral y la complejidad del cuidado quirúrgico favorecen que las personas intimiden a otros, escondiéndose detrás del velo de la atención al paciente [37].

El clima laboral hostil en cirugía se relaciona con una cultura gerencial centrada en objetivos, que frecuentemente fomenta críticas desproporcionadas e injustas, amparadas en la naturaleza del trabajo y la propensión a eventos adversos. Esta cultura toxica, por lo general, tiende a culpabilizar en vez de fomentar el aprendizaje a partir de los errores, lo cual puede conducir al acoso y derrumbamiento de la moral de las personas [34].

Los médicos residentes y los cirujanos jóvenes tienden a emular el comportamiento de acoso,

especialmente si el agresor es percibido como influyente y exitoso. Este aspecto, desafortunadamente, ha llevado a racionalizar y normalizar los malos comportamientos [37]. Todos estos factores son parte de un currículo oculto, que se filtra en el ambiente laboral a través de lecciones éticas, morales y basadas en valores, aprendidas sin intención explícita, debido a profundos prejuicios y sesgos culturales y sociales [34]. Tras esta cultura se ocultan los acosadores, quienes incluso pueden ocupar altos cargos de liderazgo.

Además de estos factores, existe un legado de acoso en la educación en cirugía [38-40]. En el centro de este argumento subyace la idea histórica, al menos en occidente, de la necesidad del rigor, estructura piramidal, altas exigencias y competitividad en la formación de los cirujanos [41-43]. Se ha sugerido que estas características son fundamentales para que los residentes adquieran "una saludable aversión a los errores y al mismo tiempo desarrollen resiliencia" [44]. Se ha argumentado que los residentes deben ser capaces de afrontar esos factores estresantes y la fatiga, porque la práctica quirúrgica requiere de esa capacidad [42].

Varios de estos elementos se han convertido en mitos inaceptables dentro de la formación quirúrgica, entre los cuales el acoso: i) "no es tan malo como todo el mundo cree"; ii) "es una buena forma de aprender, así me enseñaron a mí"; iii) "es necesario un "amor duro" que genere resiliencia en los residentes"; iv) "estoy dando retroalimentación necesaria que no le gusta al residente"; y v) "ellos lo superarán" [44]. No obstante, aunque se sugiere que estos factores podrían ser más acentuados en programas de alto prestigio y tradición, la información disponible indica que no son determinantes en el acoso laboral, aunque pueden tener un efecto en el desgaste profesional de los residentes [45].

Pese a los numerosos factores predictores de acoso descritos en cirugía (Figura 1), aun es necesario ahondar en un marco sistémico que permita integrar diferentes niveles de análisis desde el individuo hasta la organización.

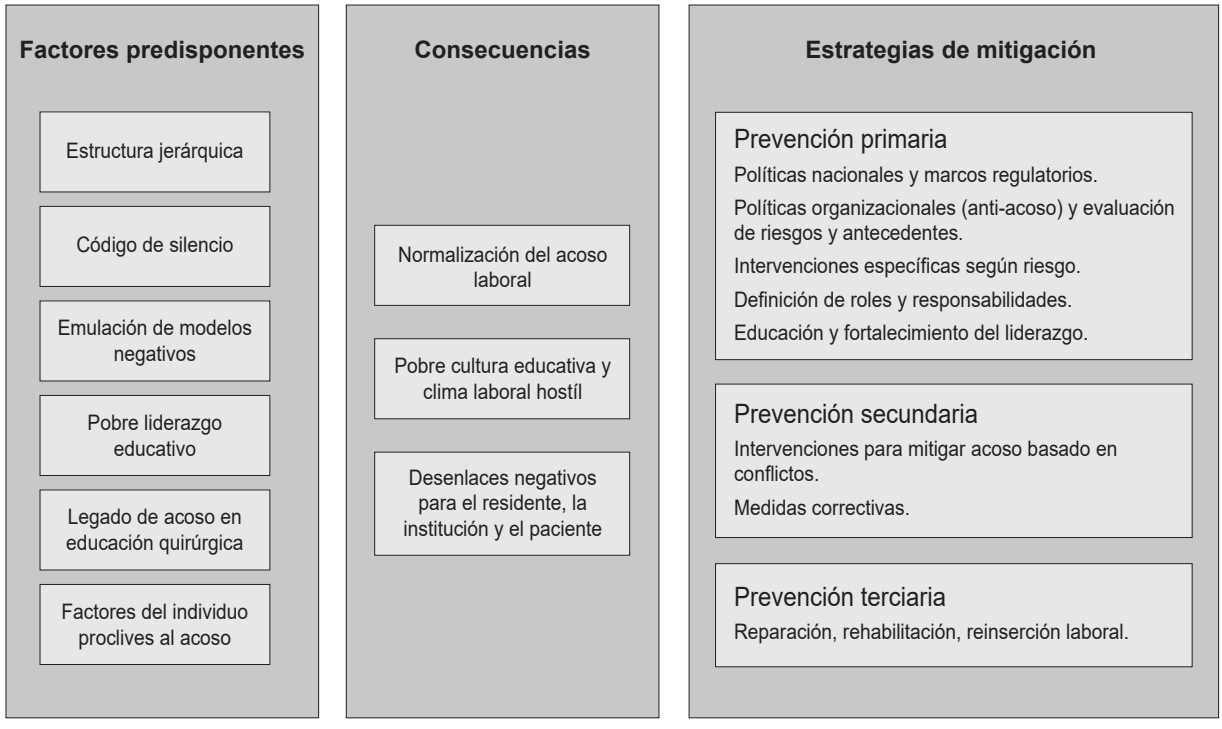

Figura 1. Factores predisponentes de acoso laboral en cirugía, consecuencias y estrategias de mitigación.
Fuente: elaborada por los autores.

Consecuencias del acoso laboral en cirugía

El acoso laboral tiene efectos negativos. Se sabe que deteriora el desempeño profesional[24,46,47], la confianza[24,47], el deseo de superarse y la autoimagen[24], mientras aumenta los sentimientos de culpa, el aislamiento y la vergüenza[24]. Por tal razón es "el crimen perfecto", pues no deja marcas visibles, pero destruye el ego, la identidad y la resiliencia [37]. Adicionalmente es un predictor de depresión, ideación suicida, agotamiento, consumo de alcohol, tabaco y drogas[24,38], y estrés postraumático[48].

A nivel educativo, el acoso y los modelos negativos en cirugía hacen que los estudiantes no opten por esta carrera[49,50] o que los residentes deserten[46,51,52]. Por lo general, los residentes acosados son proclives por miedo a malas evaluaciones y a no encajar en el equipo[38]; propician climas de aprendizaje hostiles, que afectan la calidad de la educación[24]. En este terreno, cuando las víctimas son los profesores, el acoso afecta su avance profesional, satisfacción, confianza y autoestima [24].

Este problema se relaciona con errores médicos, eventos adversos[24] y mayores costos de atención médica[38], pues socava la cooperación, el trabajo en equipo y la comunicación [32]. Inclusive, los errores médicos relacionados con acoso deben considerarse "eventos centinela", pues tienen el potencial de erosionar el bienestar del paciente [32], aunque su efecto directo sobre la morbilidad y la mortalidad aun requiere investigación empírica [53]. Los costos indirectos derivan del reemplazo de aquellos que abandonaron la organización, y de errores médicos y litigios por fallas en la seguridad del paciente. El acoso, en última instancia, perjudica la calidad porque priva a una organización de trabajadores competentes [38].

Estrategias de mitigación del acoso: armonizando la evidencia entre la literatura organizacional y la educación quirúrgica

Teniendo en cuenta la complejidad del problema, la efectividad de la mayor parte de las intervenciones para enfrentar el acoso laboral carece de evidencia [54]. Por lo general, las intervenciones se enfocan en la prevención primaria, secundaria y terciaria, y se organizan en cuatro niveles: social, organizacional, el puesto de trabajo e individual [55].

A nivel social se focalizan en que las empresas prevengan y combatan el acoso, por ejemplo, a través de legislación y políticas nacionales, estándares, acuerdos entre partes interesadas y declaraciones, entre otros. En Colombia existe una normatividad contra el acoso laboral en la Ley 1010 de 2006 y en otras disposiciones reglamentarias, sin embargo, a la fecha continua pendiente el diseño una política nacional en cirugía, orientada a la prevención del acoso laboral entre residentes.

A nivel organizacional, las intervenciones buscan influir en la actitud hacia el acoso y el comportamiento inapropiado, desarrollar una cultura organizacional, introducir políticas para la prevención y diseñar intervenciones. A nivel de puesto de trabajo tienen como objetivo optimizar el entorno laboral, las descripciones, organización y funcionamiento de la unidad de trabajo. Por último, a nivel individual, apuntan transformar interacciones, percepciones, actitudes y comportamientos del individuo en su trabajo [55].

Dos extensas revisiones sistemáticas, publicadas por Vartia & Leka en 2010 [55] y por Escartín J en 2016 [56] identificaron que la mayoría de las intervenciones se enfocan en la prevención primaria. En general, las intervenciones demuestran efectos positivos, especialmente en el nivel de conocimiento, actitudes y autopercepciones. No obstante, el efecto sobre las conductas reales de acoso es controversial. Vale la pena mencionar que los programas de intervención son más eficaces cuando incluyen todos los niveles y etapas de prevención. A continuación, se describen algunas intervenciones especificas en el nivel organizacional y su alcance en la educación quirúrgica, las cuales se presentan en la Figura 1.

Estrategias de prevención primaria a nivel organizacional

Estas intervenciones buscan aumentar la conciencia y el conocimiento del acoso, reducir sus potenciales riesgos, cultivar el funcionamiento de

la unidad de trabajo y promover la cultura organizacional. También se focalizan en la capacidad de la dirección para investigar quejas y resolver conflictos. Por lo general, se dirigen a todas las personas, incluyendo las víctimas de acoso, perpetradores y observadores, así como a quienes tienen la responsabilidad de garantizar un ambiente de trabajo saludable [55].

Dentro de estas intervenciones se encuentran las políticas organizacionales contra el acoso, cuyo reto principal radica en su adopción y adherencia por parte de las personas. Es recomendable que sean elaboradas de forma conjunta entre la organización y diversos grupos de interés. Por lo general, suelen comunicar mensajes de cero tolerancia y medidas para contener el acoso. Estas políticas incluyen información sobre por qué el acoso es inaceptable, definiciones, referencias a la legislación, asignación de roles y responsabilidades de la dirección, procedimientos de denuncia, información sobre mecanismos de apoyo y medidas para prevenir el acoso en la organización. Deben contar con instrumentos de monitoreo y evaluación [55].

En el contexto de la educación quirúrgica, la *Association of Surgeons in Training* del Reino Unido propuso en 2015 algunas recomendaciones para enfrentar el acoso a nivel organizacional y de los departamentos quirúrgicos [57]:

- Es necesario un compromiso estratégico a largo plazo por parte de instituciones a nivel social, gremial e institucional, que promuevan políticas y procedimientos formales, así como monitoreo proactivo para identificar unidades quirúrgicas donde el acoso y la intimidación son un problema, con el fin de establecer intervenciones específicas.
- Las decanaturas y jefaturas de los departamentos deben estar alerta a las señales de acoso y responsabilizarse de cualquier problema que surja.
- La información sobre el acoso y la intimidación debe incluirse en los procesos de inducción de residentes y cirujanos.
- Deben crearse mecanismos y sistemas que permitan denunciar el acoso, sin temor a retaliación.
- Se debe imponer el deber de informar incidentes de acoso a las instancias correspondientes para una mayor investigación.
- Deben existir mecanismos para retirar a los residentes de entornos en los que frecuentemente se presenta el acoso, independientemente de la tradición del departamento y de las personas que lo integran.
- Las decanaturas deben asumir la responsabilidad de la investigación oportuna de posibles actos de acoso.
- Debe existir asesoramiento y tutoría al interior de los departamentos, que permita crear un entorno seguro en el que se puedan compartir inquietudes sobre el acoso de manera constructiva y, al mismo tiempo, mejorar las relaciones laborales con los colegas.
- Se debe fortalecer el desarrollo profesoral y el liderazgo.
- Es necesario proporcionar el tiempo y los recursos adecuados para el desarrollo profesoral dentro de un modelo de prestación de servicios.
- Se debe promover la comunicación efectiva con los residentes de cirugía mediante procesos implementados, como foros, para reconocer el acoso y facilitar la denuncia sin miedo.
- Debe garantizarse que los cirujanos que supervisan a los residentes reciban el reconocimiento formal y la aprobación de su condición de educadores quirúrgicos.

Particularmente, el liderazgo de los profesores de cirugía ha sido identificado como una poderosa vía para reducir el acoso laboral, puesto que puede influir positivamente en la cultura del departamento y empoderar a los residentes para que hablen de sus experiencias negativas, en lugar de normalizarlas [37,58,59].

Otro tipo de intervenciones primarias se dirigen a la evaluación de riesgos y antecedentes de acoso. Por lo general, se utilizan encuestas, entrevistas, grupos focales y discusiones, para identificar estos factores. De esta forma, estas intervenciones se diseñan según las necesidades y la situación de la organización [55]. La intervención más común es la formación general de todos los empleados a través de programas educativos, y la formación específica de supervisores y directivos. Otras medidas incluyen campañas de educación pública y creación de servicios de asesoramiento sobre conflictos internos. Sin embargo, los programas educativos ofrecen resultados contradictorios pues en la práctica estos programas son muy cortos para generar efectos duraderos, y por otra parte, usualmente no asisten quienes más lo necesitan o la participación general es limitada [54].

La educación de los residentes sobre acoso es importante. Las soluciones incluyen a todos los miembros del equipo, la creación de comités, la regulación de la retroalimentación y el desarrollo de políticas de cero tolerancia [38]. Algunas estrategias específicas han sido desarrolladas por el *Royal College of Surgeons* de Irlanda, a través de cursos para gestionar mejor los conflictos y el acoso por parte de los residentes de cirugía, bajo el marco de la teoría del aprendizaje transformativo. Estas iniciativas contribuyen a que los residentes desarrollen habilidades para gestionar sus interacciones con mayor éxito y fomentar una cultura de respeto mutuo en la práctica hospitalaria [35].

También la simulación puede tener un papel importante. La naturaleza jerárquica hace que quienes observan el acoso se comporten pasivamente y no intervengan para mitigarlo. En escenarios simulados, los residentes son capaces de identificar con mayor facilidad estas circunstancias y a crear conciencia sobre el maltrato en el ambiente de trabajo [60].

En estrecha relación, otras intervenciones se focalizan en reducir los factores de riesgo o fortalecer los factores protectores. Un campo donde existe evidencia es el reconocimiento del acoso relacionado con disputas y el depredador. Claramente, los factores de riesgo y protectores de estos dos tipos de acoso son diferentes. El acoso relacionado con disputas se basa principalmente en conflictos y, por lo tanto, requiere intervenciones diseñadas para abordar el conflicto. Usualmente, los conflictos interpersonales pueden verse como síntomas de problemas de orden superior, por ejemplo, malentendidos sobre procedimientos, roles y objetivos del grupo, departamento u organización, en lugar de conflictos relacionales. Las intervenciones para prevenir este tipo de acoso parten de identificar la base del conflicto, antes que afectar las relaciones interpersonales. Por lo tanto, se focalizan en la clarificación y comprensión de objetivos, roles y procedimientos. Por otra parte, para prevenir el acoso depredador, es necesario intervenir a nivel de las relaciones o el rediseño del lugar de trabajo [54]; pero, la evidencia sobre intervenciones de este tipo en cirugía es limitada.

Estrategias de prevención secundaria a nivel organizacional

Cuando ha tenido lugar el acoso existen varias alternativas. Por un lado, se puede abordar a partir de la intervención de terceras partes, específicamente cuando el problema parte de disputas o conflictos. Los conflictos representan una mezcla de intereses objetivos (por ejemplo, recursos) y elementos subjetivos (emociones, percepciones, aspiraciones). Es conocido que en la medida en que crece un conflicto, también lo hacen sus aspectos subjetivos, lo cual obstaculiza su resolución.

Ronald Fisher, profesor del *Royal Roads University*, en Canadá, desarrolló un modelo para la gestión de conflictos organizacionales, políticos y sociales [61]; este modelo puede utilizarse para dar solución a situaciones de acoso laboral originado en disputas [55]. El modelo incluye seis formas posibles de intervención (Tabla 3), que pueden utilizarse en las cuatro etapas que caracterizan un conflicto: discusión, polarización, segregación y destrucción [61]. En la etapa de discusión, las partes en conflicto aún se respetan y pretenden encontrar vías para el beneficio mutuo en torno a intereses objetivos, pero, por lo general, no están dispuestas a negociar, por lo que la conciliación

Tabla 3. Formas de intervención para manejar el acoso laboral relacionado con conflictos, con base en el modelo flexible de intervención de terceras partes ("*contingency model of third-party intervention*") de Fisher [61].

1. Conciliación: las terceras partes sirven como un vínculo informal de comunicación entre quienes están en conflicto, para identificar factores precipitantes, disminuir la tensión e impulsar la interacción directa, por lo general, a través de la negociación
2. Consulta: las terceras partes intentan facilitar la solución de conflictos mediante la comunicación y el análisis, con base en las relaciones humanas y sus conocimientos sobre la etiología y la dinámica del conflicto
3. Mediación pura: las terceras partes intentan facilitar un acuerdo negociado en torno a temas de fondo, mediante el uso del razonamiento, la persuasión, el control efectivo de la información y la sugerencia de alternativas
4. Mediación imperativa ("*power mediation*"): se trata de una mediación pura con presión o coerción, a través de promesas de recompensa o amenazas de castigo, en el que las terceras partes también pueden actuar como supervisoras y garantes de un acuerdo
5. Arbitraje: las terceras partes emiten un dictamen vinculante, a la luz de los méritos individuales de quienes se encuentran en conflicto, y luego imponen un acuerdo considerado justo y equitativo
6. Mantenimiento de la paz: las terceras partes supervisan los acuerdos y también pueden participar la restauración de la normalidad entre los afectados

Fuente: Elaboración propia con base en referencia [61].

puede ser la mejor forma de intervención. En la etapa de polarización, las relaciones empiezan a deteriorarse y surgen percepciones negativas entre las personas, que conducen a estereotipos y hostilidad; la consulta y la mediación son las formas de intervención más apropiadas en esta etapa. No obstante, en la mediación pueden ignorar aspectos relacionados con la justicia y el reconocimiento del daño en la víctima; como el acoso parte del desequilibrio de poder, la mediación incluso puede ser perjudicial para la víctima. Con esta precaución, la mediación no debe utilizarse en víctimas gravemente traumatizadas [54]. En la etapa de segregación predominan la subjetividad, desconfianza, irrespeto y las amenazas entre las partes; el arbitraje o la mediación imperativa pueden ayudar a solucionar los conflictos en este nivel. Finalmente, durante la destrucción, las partes en conflicto se comportan de forma "infrahumana" pues la supervivencia está en juego (por ejemplo, perder el empleo o ser expulsado del programa de residencia). La desesperación lleva a comportamientos aniquilantes, que conducen a diferentes forma de violencia psicológica o física. En esta etapa, el arbitraje y la mediación imperativa pueden ser útiles [61].

Por otra parte, dentro de la prevención secundaria, existen las medidas correctivas de acuerdo con aspectos reglamentarios y legales. Estas situaciones deben ser analizadas cuidadosamente por comités de recursos humanos, educativos y de ética. Las decisiones deben estar sustentadas en pruebas objetivas apropiadamente documentadas. En muchas ocasiones, los incidentes de acoso sirven como evaluaciones de profesionalismo e integridad. Las recomendaciones principales en cirugía provienen de este tipo de intervenciones correctivas. La *Association of Surgeons in Training* del Reino Unido recomienda que [57]:

- Una vez se han investigado las denuncias y se ha demostrado que tienen fundamento, debe ser una rutina la remisión a organismos reguladores apropiados para una investigación disciplinaria.
- Los residentes no deben ser ubicados en departamentos quirúrgicos que estén bajo investigación o en uno con un historial comprobado de acoso hasta que se hayan garantizado procesos sólidos, para que no continúe ni se repita, y hasta que las personas cumplan un período de reentrenamiento.

Estrategias de prevención terciaria a nivel organizacional

En esta etapa, el asesoramiento psicológico, la fisioterapia y el ejercicio físico, y la formación en el puesto de trabajo, pueden ser útiles. El objetivo de estas actividades está orientado al bienestar de las víctimas de acoso y al reintegro laboral efectivo [55]. La evidencia sobre intervenciones reparativas de este tipo en cirugía también es limitada; la mayor parte de la evidencia, como ha sido mencionado, únicamente describe diferentes consecuencias negativas para el individuo.

Conclusiones

El acoso laboral es un problema que amerita atención en la educación quirúrgica. Sus precursores más importantes tienen que ver con factores individuales, organizacionales y sociales que se han determinado históricamente, pobre cultura educativa de los departamentos quirúrgicos y normalización de este problema. El acoso laboral tiene implicaciones negativas para los residentes de cirugía, los pacientes y la organización. Existen diversas estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria a nivel organizacional que pueden ayudar a mitigar el problema. No obstante, la mejor estrategia debe incluir todos los niveles, personas involucradas en la educación y acciones coordinadas socialmente a nivel gremial. La presente revisión identifica vacíos de conocimiento, los cuales ofrecen oportunidades valiosas de investigación futura.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: La presente revisión forma parte de proyecto de investigación número MED-3212021 (acta 475 20/09/2019) aprobado por la Comisión de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana. Al tratarse de una revisión narrativa de la literatura, no requiere consentimiento informado.

Conflictos de interés: Ninguno declarado por los autores.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en este artículo.

Fuentes de financiación: Universidad de La Sabana.

Contribuciones de los autores

- Concepción y diseño del estudio: Luis Carlos Domínguez-Torres, Neil Valentín Vega-Peña, Álvaro Enrique Sanabria-Quiroga, Juan Guillermo Sandoval.
- Adquisición y análisis de la información: Luis Carlos Domínguez-Torres, Neil Valentín Vega-Peña, Álvaro Enrique Sanabria-Quiroga, Juan Guillermo Sandoval.
- Redacción del manuscrito: Luis Carlos Domínguez-Torres, Neil Valentín Vega-Peña, Álvaro Enrique Sanabria-Quiroga, Juan Guillermo Sandoval.
- Revisión crítica y aprobación final del documento: Luis Carlos Domínguez-Torres, Neil Valentín Vega-Peña, Álvaro Enrique Sanabria-Quiroga, Juan Guillermo Sandoval.

Referencias

1 Einarsen SV, Hoel H, Zapf D, Cooper C. The Concept of bullying and harassment at work. En: Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice. Second Edition; Boca Raton: CRC Press; 2010. p. 3-39. https://doi.org/10.1201/EBK1439804896

2 Duffy M, Sperry L. Mobbing: Causes, consequences, and solutions. Oxford University Press; 2012. https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195380019.001.0001

3 Yamada DC, Duffy M, Berry PA. Workplace bullying and mobbing: Definitions, terms, and when they matter. En: Duffy M, Yamada DC, eds. Workplace bullying and mobbing in the United States. Santa Barbara: Praeger; 2018. Vol 1. p. 3-24.

4 Keashly L, Jagatic K. By any other name: American perspectives on workplace bullying. En: Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice. Second Edition; Boca Raton: CRC Press; 2010. p. 41-61. https://doi.org/10.1201/EBK1439804896

5 Davenport N, Schwartz RD, Elliott GP. Mobbing: Emotional abuse in the American workplace. Ames, Iowa: Civil Society Publishing; 1999. p. 213.

6 Thomas D, Zairina E, George J. Methodological approaches to literature review. En: Encyclopedia of evidence in pharmaceutical public health and health services research in pharmacy. Cham: Springer; 2023. p. 1-15. https://doi.org/10.1007/978-3-030-50247-8_57-1

7 White S. An introduction to the psychodynamics of workplace bullying. London: Routledge; 2018. p. 252. https://doi.org/10.4324/9780429471735

8 Duffy M, Sperry L. Mobbing is not bullying. En: Overcoming mobbing: A recovery guide of workplace aggression and bullying. Oxford University Press; 2014. p. 1-18.

9 Jenkins M. Preventing and managing workplace bullying and harassment: A risk management approach. Brisbane: Australian Academic Press; 2013.

10 Carbo JA. Understanding, defining and eliminating workplace bullying: Assuring dignity at work. London: Routledge; 2017. p. 188. https://doi.org/10.4324/9781315549057

11 Kelly S. Workplace bullying: The silent epidemic. N Z Med J. 2004;117:U1125.

12 Álvarez-Villalobos NA, De León-Gutiérrez H, Ruiz-Hernandez FG, Elizondo-Omaña GG, Vaquera-Alfaro HA, Carranza-Guzmán FJ. Prevalence and associated factors of bullying in medical residents: A systematic review and meta-analysis. J Occup Health. 2023;65:e12418. https://doi.org/10.1002/1348-9585.12418

13 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. 2022;46:1587-99. https://doi.org/10.1007/s00268-021-06432-6

14 Domínguez LC, Torregrosa L, Cuevas L, Peña L, Sánchez S, Pedraza M, et al. Workplace bullying and sexual harassment among general surgery residents in Colombia. Biomedica. 2023;43:252-60. https://doi.org/10.7705/BIOMEDICA.6915

15 Domínguez-Torres LC, Sanabria-Quiroga ÁE, Torregrosa-Almonacid L, Vega-Peña NV. Acoso laboral y sexual en residentes de cirugía colombianos en 2023. Rev Colomb Cir. 2024;39:681-90. https://doi.org/10.30944/20117582.2531

16 Nagata-Kobayashi S, Maeno T, Yoshizu M, Shimbo T. Universal problems during residency: Abuse and harassment. Med Educ. 2009;43:628-36. https://doi.org/10.1111/J.1365-2923.2009.03388.X

17 Sarmiento-Altamirano D, Himmler A, Cabrera-Ordoñez C, Olmedo-Abril S, Biondi A, Di Saverio S. Gender disparities in Ecuador: A survey study of the under-representation of women in surgery. Updates Surg. 2021;73:2009-15. https://doi.org/10.1007/S13304-020-00964-7

18 Martins RS, Hashmi SA, Inam H, Janjua MBN, Malik MA. Harassment and mental health in surgical training: A pilot survey of surgical trainees in Pakistan. J Pak Med Assoc. 2021;71(Suppl 1):S23-S28.

19 Crebbin W, Campbell G, Hillis DA, Watters DA. Prevalence of bullying, discrimination and sexual harassment in surgery in Australasia. ANZ J Surg. 2015;85:905-9. https://doi.org/10.1111/ANS.13363

20 Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. N Engl J Med. 2019;381:1741-52. https://doi.org/10.1056/NEJMSA1903759

21 Lucas-Guerrero V, Pascua-Solé M, Ramos Rodríguez JL, Borrás AT, González de Pedro C, Jover Navalón JM, et al. Desgaste profesional o burnout en los residentes de Cirugía General. Encuesta de la Asociación Española de Cirujanos. Cir Esp. 2020;98:442-9. https://doi.org/10.1016/J.CIRESP.2020.04.013

22 Clements JM, King M, Nicholas R, Burdall O, Elsey E, Bucknall V, et al. Bullying and undermining behaviours in surgery: A qualitative study of surgical trainee experiences in the United Kingdom (UK) & Republic of Ireland (ROI). Int J Surg. 2020;84:219-25. https://doi.org/10.1016/J.IJSU.2020.07.031

23 Schlitzkus LL, Vogt KN, Sullivan ME, Schenarts KD. Workplace bullying of general surgery residents by nurses. J Surg Educ. 2014;71:e149-e154. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2014.08.003

24 Abate LE, Greenberg L. Incivility in medical education: A scoping review. BMC Med Educ. 2023;23:24. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03988-2

25 Ling M, Young CJ, Shepherd HL, Mak C, Saw RPM. Workplace bullying in surgery. World J Surg. 2016;40:2560-6. https://doi.org/10.1007/S00268-016-3642-7

26 Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. Work Stress. 2009;23:24-44. https://doi.org/10.1080/02678370902815673

27 Sarr MG. Bullying of surgery residents and attending staff surgeons is a problem! World J Surg. 2016;40:2567-8. https://doi.org/10.1007/s00268-016-3592-0

28 El Boghdady M. The development of anti-bullying, discrimination and harassment guidance: A survey among the Association of Surgeons in Training (ASiT) council members. Ann R Coll Surg Engl. 2024;106:364-8. https://doi.org/10.1308/rcsann.2023.0071

29 Holzgang M, Koenemann N, Skinner H, Burke J, Smith A, Young A. Discrimination in the surgical discipline: An international European evaluation (DISDAIN). BJS Open. 2021;5:zrab050. https://doi.org/10.1093/BJSOPEN/ZRAB050

30 Pillado EB, Li RD, Eng JS, Chia MC, Conway A, DiLosa K, et al. Defining sources and ramifications of mistreatment among female vascular surgery trainees. J Vasc Surg. 2023;78:797-804. https://doi.org/10.1016/j.jvs.2023.03.504

31 Enriquez-Estrada VM, Antonio-Villa NE, Bello-Chavolla OY, Cuevas-García CF, Vargas-Gutiérrez PL, Corlay-Noriega ISY, et al. 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. 2023;18:e0295138. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295138

32 van Norman GA. Abusive and disruptive behavior in the surgical team. AMA J Ethics. 2015;17:215-20. https://doi.org/10.1001/journalofethics.2015.17.3.ecas3-1503

33 Lazarus JL, Hosseini M, Kamangar F, Levien DH, Rowland PA, Kowdley GC, et al. Verbal aggressiveness among physicians and trainees. J Surg Educ. 2016;73:756-60. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.03.005

34 Brown C, Egan RJ, Lewis W. The hidden curriculum: Requiem for a surgical dream. Postgrad Med J. 2019;95:237-9. https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136076

35 O'Keeffe DA, Brennan SR, Doherty EM. Resident training for successful professional interactions. J Surg Educ. 2022;79:107-11. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2021.08.017

36 El Boghdady M, Ewalds-Kvist BM. Surgeon's narcissism, hostility, stress, bullying, meaning in life and work environment: A two-centered analysis. Langenbecks Arch Surg. 2023;408:349. https://doi.org/10.1007/s00423-023-03068-z

37 Pei KY, Cochran A. Workplace bullying among surgeons - The perfect crime. Ann Surg. 2019;269:43-4. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003018

38 Leisy HB, 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. 2016;16:127. https://doi.org/10.1186/s12909-016-0639-8

39 Halim UA, Riding DM. Systematic review of the prevalence, impact and mitigating strategies for bullying, undermining behaviour and harassment in the surgical workplace. Br J Surg. 2018;105:1390-7. https://doi.org/10.1002/bjs.10926

40 Forel D, Vandepeer M, Duncan J, Tivey DR, Tobin SA. Leaving surgical training: Some of the reasons are in surgery. ANZ J Surg. 2018;88:402-7. https://doi.org/10.1111/ans.14393

41 Jackson T, Zhou C, Khorgami Z, Jackson D, Agrawal V, Taubman K, et al. Traumatized residents — It's not surgery. It's medicine. J Surg Educ. 2019;76:e30-e40. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2019.08.002

42 Coverdill JE, Bittner JG, Park MA, Pipkin WL, Mellinger JD. Fatigue as impairment or educational necessity? Insights into surgical culture. Acad Med. 2011;86(10 Suppl):S69-72. https://doi.org/10.1097/acm.0b013e31822a6b40

43 McIlhenny C, Kurashima Y, Chan C, Hirano S, Domínguez-Rosado I, Stefanidis D. General surgery education across three continents. Am J Surg. 2018;215:209-13. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.12.002

44 Liang R, Anthony A, Leditschke IA. Five myths about unacceptable behaviour in surgical education. ANZ J Surg. 2020;90:965-9. https://doi.org/10.1111/ans.15756

45 Naterwala T, Chia MC, Khorfan R, Cheung EO, Eng JS, Hu YY, et al. Associations between program doximity reputation rank and well-being in general surgery residents. J Surg Res. 2024;296:597-602. https://doi.org/10.1016/j.jss.2024.01.036

46 Kamali D, Illing J. How can positive and negative trainer feedback in the operating theatre impact a surgical trainee's confidence and well-being: A qualitative study in the north of England. BMJ Open. 2018;8:e017935. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017935

47 Gretton-Watson P, Oakman J, Leggat SG. What is the nature, extent and impact of bullying in surgical settings? Insights of surgeons in Australia and Aotearoa New Zealand. ANZ J Surg. 2024;94:24-9. https://doi.org/10.1111/ans.18661

48 Jackson T, Provencio A, Bentley-Kumar K, Pearcy C, Cook T, McLean K, et al. PTSD and surgical residents: Everybody hurts… sometimes. Am J Surg. 2017;214:1118-24. https://doi.org/10.1016/J.AMJSURG.2017.08.037

49 Gutiérrez-Cirlos C, Naveja-Romero J de J, Leenen I, Sánchez-Mendiola M. Factores relacionados con la elección de una especialidad en médicos residentes mexicanos. Gac Med Mex. 2017;153:800-9. https://doi.org/10.24875/GMM.17002959

50 Domínguez LC, Sanabria ÁE, Vega NV, Espitia EL, Cabrera EY, Osorio C. Factores que influencian la elección de una carrera quirúrgica: Análisis multiinstitucional global desde una perspectiva académica en Bogotá. Rev Colomb Cir. 2013;28:275-81. https://doi.org/10.30944/20117582.347

51 Liang R, Dornan T, Nestel D. Why do women leave surgical training? A qualitative and feminist study. Lancet. 2019;393:541-9. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)32612-6

52 Domínguez-Torres LC. Persistence in surgical training: The role of job crafting and leadership. Doctoral Thesis. Maastricht: Ipskamp Printing BV; 2022. https://doi.org/10.26481/DIS.20210223LD

53 Villafranca A, Hamlin C, Enns S, Jacobsohn E. Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. Can J Anaesth. 2017;64:128-40. https://doi.org/10.1007/s12630-016-0784-x

54 Branch S, Caponecchia C, Murray JP. Strengthening the evidence base of workplace bullying interventions through prevention and implementation research. En: D'Cruz P, Noronha E, Caponecchia C, Escartín J, Salin D, Tuckey MR, eds. Dignity and inclusion at work. Handbooks of workplace bullying, emotional abuse and harassment. Vol 3. Singapore: Springer; 2021. p. 293-328. https://doi.org/10.1007/978-981-13-0218-3_10

55 Vartia M, Leka S. Interventions for the prevention and management of bullying at work. En: Bullying and harassment in the workplace. Developments in theory, research, and practice. Second Edition; Boca Raton: CRC Press; 2010. p. 157-379. https://doi.org/10.1201/EBK1439804896

56 Escartín J. Insights into workplace bullying: Psychosocial drivers and effective interventions. Psychol Res Behav Manag. 2016;9:157-69. https://doi.org/10.2147/PRBM.S91211

57 Wild JRL, Ferguson HJM, McDermott FD, Hornby ST, Gokani VJ; Council of the Association of Surgeons in Training. Undermining and bullying in surgical training: A review and recommendations by the Association of Surgeons in Training. Int J Surg. 2015;23(Suppl 1):S5-S9. https://doi.org/10.1016/J.IJSU.2015.09.017

58 Domínguez LC, Dolmans D, Restrepo J, de Grave W, Sanabria A, Stassen L. How surgical leaders transform their residents to craft their jobs: surgeons' perspective. J Surg Res. 2021;265:233-44. https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.03.034

59 Dominguez LC, Dolmans D, de Grave W, Donkers J, Sanabria A, Stassen L. Supervisors' transformational leadership style and residents' job crafting in surgical training: The residents' views. Int J Med Educ. 2022;13:74-83. https://doi.org/10.5116/IJME.622D.E2F6

60 Castillo-Angeles M, Calvillo-Ortiz R, Acosta D, Watkins AA, Evenson A, Atkins KM, et al. Mistreatment and the learning environment: A mixed methods approach to assess knowledge and raise awareness amongst residents. J Surg Educ. 2019;76:305-14. https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2018.07.019

61 Fisher RJ. Assessing the contingency model of third-party intervention in successful cases of prenegotiation. J Peace Res. 2007;44:311-29. https://doi.org/10.1177/0022343307076638