

# Percepción de maltrato durante la capacitación de médicos residentes

## [Producción Horizontal](#)

Raúl Mejía, Andrea Diego, María Alemán, María del Rosario Maliandi, Fernando Lasala

Programa de Medicina Interna General (PMIG), Departamento de Medicina, Hospital de Cínicas José de San Martín, Facultad de Cs. Médicas, Universidad de Buenos Aires.

### Resumen

La presente investigación se realizó para estimar, según referencia de los médicos residentes, la frecuencia con que han sufrido situaciones de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, durante su formación y establecer quiénes han sido los perpetradores de estos actos, dado que investigaciones previas sugieren que son frecuentes los maltratos durante ese período. Se entregó una encuesta anónima autoadministrada a todos los residentes de tres hospitales de Buenos Aires. Esta encuesta describía 13 situaciones de maltrato y 10 posibles perpetradores.

Respondieron la encuesta 322 residentes (55% mujeres), el 72% correspondía a residencias de orientación clínica, el 22% a quirúrgicas y el 6% a diagnósticas. El 89% de los residentes refirió haber recibido algún tipo de maltrato señalando en promedio ocho ítems cada uno. No se encontraron diferencias entre los centros participantes. El 75% de los residentes refirió haber sufrido críticas por no realizar tareas administrativas, 64% haber recibido gritos, 57% haber sido humillado en público por sus errores, 13% haber sido amenazado con sufrir perjuicios físicos, 10% haber recibido comentarios no deseados de índole sexual, 7% haber sido expuesto a material de contenido pornográfico sin haberlo solicitado, 15% refirió haber sufrido golpes, empujones y 10% haber sufrido discriminación religiosa o racial. Los responsables del maltrato referidos con mayor frecuencia fueron: residentes superiores (26%), jefes de residentes (19%), médicos de planta (14%), jefes de sala (8%) y enfermeros (8%). Existe una alta prevalencia de maltrato dentro de la residencia, siendo los principales responsables los residentes de años superiores. Sería necesario un enfoque multidisciplinario para enfrentar este problema.

La violencia en el ámbito laboral existe desde hace siglos, sin embargo recién en las postrimerías del siglo pasado, como consecuencia de la valorización social que adquirieron los derechos de las personas, las condiciones laborales comenzaron a ser estudiadas en los ámbitos académicos.

La formación médica ha sido considerada tradicionalmente ardua y exigente. En este contexto, tanto médicos como estudiantes de medicina son susceptibles de experimentar y cometer maltrato, acoso sexual y discriminación, pudiendo estos ser sutiles o evidentes<sup>1-5</sup>. La violencia en el ámbito de trabajo afecta negativamente la actividad del que la padece<sup>6, 7</sup>. En los países desarrollados a numerosas investigaciones se han centrado en el maltrato y el abuso en la formación médica, tanto de pre<sup>8, 9</sup> como de postgrado. Estos estudios han hallado una prevalencia de maltrato que oscila entre el 60 y el 95% de los encuestados, según la definición utilizada<sup>10-14</sup>. Aunque en nuestro medio no hay estudios sobre este tema, existen factores que sugieren que los médicos residentes se forman en una situación que podría predisponer al maltrato y al acoso sexual<sup>15, 16</sup>. Definir la violencia en el trabajo es una tarea compleja debido a que, según la cultura o el momento histórico, una misma conducta puede recibir diferentes interpretaciones. Por esta razón, lo que para algunos es un trato normal en una relación laboral se vuelve para otros una conducta inadmisibles y repudiable.

Se define al maltrato psicológico, o invisible, como aquel comportamiento que hace que otra persona se sienta herida, ofendida<sup>17, 18</sup>, desvalorizada o incompetente, e incluye gritos, insultos, o faltas de respeto. El maltrato físico incluye golpes y todo tipo de trato violento<sup>19</sup>. Se entiende por acoso sexual las propuestas sexuales no deseadas, demandas de favores sexuales y otras conductas verbales o físicas con contenido sexual que alteran o ponen en peligro cualquiera de los elementos que integran la relación laboral<sup>20, 21</sup>. Ejemplos de violencia laboral se mencionan en la [Tabla 1](#)<sup>22, 23</sup>.

Violencia física	Violencia emocional
Homicidio	"Matoneo"***
Violación	"Patoteo"***
Robo	Críticas a su nacionalidad, religión u orientación sexual
Ataques físicos con o sin armas	Amenazas
Patadas	Aislamiento
Mordiscos	Envío de mensajes ofensivos
Arañazos	Actitudes corporales agresivas
Pellizcos	Gritos
Escupitajos	Falta de respeto por el trabajo
Golpes*	Aplicación de sobrenombres
Daño de objetos personales	Silencios deliberados
Falta de consideración de sus problemas de salud	Interferencias con herramientas de trabajo
Empujones	Aplicación de tareas sin sentido
Obstrucciones al paso	Privación de alimento o sueño
Acoso sexual	Atribución de tareas superiores a sus capacidades

**Tabla 1.- Ejemplos de violencia física y emocional en el trabajo<sup>23</sup>**

La presente investigación se realizó con el propósito de estimar, según referencia de los residentes, la frecuencia con la cual han sufrido situaciones de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, durante el transcurso de su residencia médica. Además se estableció quiénes habían sido los perpetradores de estos actos.

### Materiales y métodos

La muestra se conformó con todos los médicos residentes del Hospital de Clínicas José de San Martín (HCJSM) perteneciente a la Universidad de Buenos Aires, del Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano (H. Pirovano) perteneciente al Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez, perteneciente al Instituto Municipal de Obras Sociales (IMOS).

Estos centros fueron seleccionados en forma conveniente, no aleatoria, con la finalidad de estudiar un centro universitario, uno municipal y uno de la seguridad social para aumentar la representatividad de la muestra y disminuir los costos de logística. Los residentes fueron divididos en categorías según el sexo, el año de residencia al que pertenecían y su orientación, pudiendo ser ésta clínica, quirúrgica o diagnóstica. La información se recolectó en una encuesta de respuesta anónima contestada por los residentes que aceptaran participar.

Para definir los ítems del cuestionario, en primer lugar se realizó una búsqueda bibliográfica en MEDLINE utilizando como palabras clave: *residency, training, violence, sexual harassment, abuse, stress, discrimination y mistreatment*. A continuación, de los artículos obtenidos se seleccionaron aquellos que habían utilizado encuestas y se solicitó a los autores una copia de las mismas. Luego, a partir de las conclusiones de una investigación cualitativa realizada con anterioridad, se terminaron de definir los dominios sobre los cuales se realizaría la investigación<sup>15</sup>. Por último, se realizó una prueba piloto entre ex residentes del HCJSM para evaluar la exactitud y comprensión del instrumento.

En el cuestionario se recababa el sexo, el año de residencia que se encontraba cursando, el hospital de origen y la especialidad; no se solicitaron más datos para evitar la posible identificación de los participantes. En lo referente a violencia, la encuesta describía 13 situaciones de maltrato y 10 posibles perpetradores, que conformaban un panel de 130 ítems.

El residente señalaba el tipo de maltrato que había padecido sin detallar las veces que había sufrido esa agresión. A cada residente se le entregó un ejemplar de la encuesta y un sobre sin identificación externa, luego el residente debía depositar el sobre con la encuesta en una urna. Para calcular el tamaño de la muestra se estimó, con los resultados de otras investigaciones, una prevalencia de violencia sobre los residentes del treinta por ciento (0.3), se seleccionó un intervalo de confianza del 95% y una amplitud del intervalo de confianza del 10% (0.10); con estas premisas el tamaño muestral elegido fue 323 residentes.

Debido a la necesidad de garantizar la seguridad y el anonimato de los participantes, se utilizaron las recomendaciones éticas de la Organización Mundial de la Salud para investigaciones sobre violencia basada en género<sup>24</sup>. De acuerdo con éstas no se solicitó la firma del consentimiento informado y la sola participación fue considerada como consentimiento, ya que el residente tenía la posibilidad de entregar la encuesta en blanco sin correr el riesgo de ser identificado. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del HCJSM.

### Resultados

De un total de 421 residentes respondieron la encuesta 322; el porcentaje de respuesta fue del 76%. Ochenta y nueve residentes no se hallaban disponibles por estar de vacaciones o cumpliendo rotaciones fuera del hospital, diez residentes se negaron a responder la encuesta, de los cuales dos pertenecían al servicio de dermatología del HCJSM (20% del total de residentes de dermatología) y ocho al servicio de cirugía del IMOS (10% del total de residentes de especialidades quirúrgicas) (Tabla 2).

	HCJSM	H. Pirovano	IMOS
Total residentes	289	70	62
No disponibles	64	20	5
No contestaron	2*	-	8**
Total (%)	223 (77%)	50 (70%)	49 (79%)

\*Residentes de dermatología \*\*Residentes de cirugía

**Tabla 2.- Distribución por centro de los residentes participantes**

La muestra estuvo constituida por 178 (55%) mujeres y 144 (45%) varones; 112 (35%) residentes se hallaban en el primer año de la residencia, 101 (31%) en el segundo, 67 (20%) en el tercero, 40 (12%) en el cuarto y 6 (0.5%) en el quinto. El 66% de los encuestados estaban en el primero o segundo año de la residencia. Doscientos treinta (71%) participantes pertenecían a residencias clínicas, 72 (22%) a residencias quirúrgicas y 20 (6%) a residencias de diagnóstico.

El 90% de los residentes refirió haber recibido algún tipo de maltrato, señalando en promedio cada uno 8 ítems diferentes. Es preciso tener en cuenta que, por las características de la encuesta, cada residente refirió haber estado en una situación de maltrato diferente al menos 8.2 veces aunque puede haber sufrido el mismo tipo de maltrato por el mismo perpetrador en más de una oportunidad. En la Tabla 3 se describen los diferentes tipos de maltrato sufrido por los residentes.

Tipo de maltrato	Nº de residentes que refieren haberlo sufrido	% de la población
Críticas por no realizar tareas administrativas	242	75
Haber recibido gritos	209	65
Haber sido humillado en público por sus errores	183	57
Falta de respeto al trabajo realizado	187	51
Haber comprobado que su trabajo fue utilizado en beneficio de otro	145	45
Haber sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas	141	44
Aplicación de guardias castigo	100	31
Amenazas de perjuicios físicos	43	13
Comentarios no deseados de índole sexual	34	11
Haber recibido comentarios desagradables referentes a su nacionalidad, raza o religión.	31	10
Haber recibido golpes o empujones	29	9
Exposición a material pornográfico	22	7
Otras formas de violencia física	21	7

**Tabla 3.-** Frecuencia con la cual los residentes sufrieron distintos tipos de maltrato.

Los residentes reconocieron como perpetrador, en primer lugar a los residentes de años superiores, a quienes responsabilizaron del 25% de los episodios de maltrato, luego a los jefes de residentes (19%), a continuación a los médicos de planta (14%), los demás perpetradores se mencionan en la [Tabla 4](#).

Perpetrador	Frecuencia (%)
Residente superior	674 (26%)
Jefe de residentes	508 (19%)
Médico de planta	371 (14%)
Jefe de sala	226 (8%)
Enfermero	216 (8%)
Administrativo	199 (8%)
Otro especialista	180 (7%)
Personal de exámenes complementarios	127 (5%)
Par (residente del mismo año)	83 (3%)
Otro	57 (2%)
Total episodios de maltrato	2641 (100%)

**Tabla 4.-** Perpetradores reconocidos por los residentes

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia global de maltrato entre los diferentes centros encuestados. Los residentes de especialidades quirúrgicas refirieron sufrir con mayor frecuencia críticas por no realizar tareas administrativas ( $p = 0.014$ ), aplicación de guardias como castigo ( $p = 0.000$ ), privaciones para cumplir necesidades fisiológicas, como comer o dormir, violencia física y exposición a material pornográfico ( $p = 0.035$ ). Los médicos pertenecientes a residencias de primer nivel (básicas) manifestaron haber sufrido con mayor frecuencia críticas por no realizar tareas administrativas ( $p = 0.001$ ), aplicación de guardias como castigo ( $p = 0.028$ ), humillaciones en público ( $p = 0.001$ ), amenazas de perjuicios físicos, violencia física ( $p = 0.002$ ). Por último las mujeres referían haber recibido comentarios de índole sexual con mayor frecuencia que los varones ( $p = 0.021$ ) mientras que éstos habían sufrido faltas de respeto al trabajo realizado ( $p = 0.033$ ) y comentarios discriminatorios acerca de su nacionalidad, raza o religión ( $p = 0.002$ ).

## Discusión

La presente investigación muestra que los residentes sufren maltratos en forma reiterada durante su formación. El 90% de los residentes refirió haber sufrido al menos una vez una situación de maltrato, y el promedio de los residentes refirió haber experimentado ocho situaciones diferentes de maltrato al menos en una oportunidad. Este nivel de maltrato es similar al encontrado por otros investigadores en los Estados Unidos de Norteamérica, el Reino Unido y Canadá<sup>5</sup>. Las formas de maltrato comprendidas dentro de la violencia invisible son las más frecuentemente comunicadas, aunque también refieren situaciones de abuso físico y acoso sexual.

El recibir críticas por no realizar tareas administrativas es la situación de maltrato referida con mayor frecuencia, ya que el 75% de los residentes informó haber sufrido esta situación al menos una vez. Si bien entre las tareas del residente se incluyen el completar formularios y volcar los resultados de los exámenes complementarios en la historia clínica, en el sistema actual el residente debe ir a los diferentes servicios a solicitar y conseguir resultados de exámenes complementarios o turnos para los estudios e interconsultas, todo dentro del estrecho margen de tiempo que le queda entre las múltiples recorridas de sala; las reprimendas recibidas cuando no logra cumplir con esas tareas son percibidas como maltrato.

Las faltas de respeto al trabajo realizado fueron informadas por el 58% de los encuestados y ocuparon el segundo lugar en el orden de frecuencia de las diferentes formas de maltrato. Según los residentes, los médicos responsables de supervisar sus

tareas, a menudo las califican en forma despectiva, obligándolos a realizarlas una y otra vez sin considerar las difíciles situaciones en que debieron efectuarlas.

El 64% de los residentes refirió haber sido gritado alguna vez y el 23% haber sufrido violencia: la mitad bajo la forma de amenazas, el 25% como golpes y empujones y el resto mencionó haber sufrido otras formas de violencia física. Recibir gritos en el ámbito laboral es considerado una agresión mayor y merecedora de sanciones para el responsable<sup>22, 23</sup>; el ejercicio de otras formas de violencia no se justifica bajo ninguna circunstancia.

Las críticas humillantes en público fueron referidas por el 57% de los residentes. La residencia tiene una función primordialmente docente y es deber de los médicos con mayor experiencia marcar los errores para que el residente obtenga provecho de los mismos y preservar la salud de los pacientes, pero estas correcciones deben realizarse dentro del marco de respeto mutuo que se crea entre el docente y su pupilo. Cuando estas premisas no se cumplen las críticas no solo avergüenzan al residente sino que dañan su imagen frente a sus pares, las enfermeras y los pacientes a su cargo.

**La imposibilidad de contar con tiempo para satisfacer necesidades elementales como dormir o comer adecuadamente fueron referidas por los residentes con una alarmante frecuencia (el 44% de los residentes señaló este ítem). Numerosas investigaciones han demostrado que el número de errores médicos se incrementa a medida que aumentan las horas de trabajo sin descanso<sup>25-33</sup>. En los países desarrollados, los residentes tienen limitada su actividad al día siguiente de una guardia y se ha reducido en forma significativa la carga laboral de los médicos en formación<sup>34-39</sup>.**

**La perniciosa costumbre de aplicar «guardias castigo» contribuye a deteriorar aún más el rendimiento profesional del médico residente, quien ya se encuentra al límite de su capacidad física por las razones antes mencionadas. Esta práctica fue referida por el 31% de los residentes y se utiliza con mayor frecuencia en las residencias quirúrgicas que en las clínicas; esto se repite en la mayoría de las situaciones de maltrato. La aplicación de guardias castigo es utilizada exclusivamente por los residentes superiores y los jefes de residentes y, como esta sanción no está considerada en el reglamento, son ellos quienes deciden a quién y por qué falta aplicarla, creando una situación de inseguridad en el residente y favoreciendo las arbitrariedades o revanchas personales por parte de los perpetradores.**

El 17% de los participantes refirió haber estado expuesto a situaciones de abuso sexual, el 11% refirió haber recibido comentarios de índole sexual y el 7% haber estado expuesto a material de contenido pornográfico u ofensivo sin haberlo solicitado. Esta proporción es menor que la referida en los países de habla inglesa<sup>3</sup> y podría explicarse por dos razones que no son excluyentes entre sí. La primera es que el 55% de nuestra muestra estuvo compuesta por mujeres y esta proporción desalienta las conductas sexualmente ofensivas de los varones, ya que al hallarse en minoría se exponen a la desaprobación del grupo de pertenencia. La otra razón está relacionada al distinto significado que tienen algunos comentarios de índole sexual en las diferentes culturas: un comentario que en los EE.UU. o Canadá sería considerado una falta grave, en nuestro país posiblemente sea juzgado en forma mucho más benévola.

Los maltratos fueron referidos en forma casi exclusiva por los residentes de primer año de las residencias básicas; los perpetradores en orden de frecuencia son los residentes de años superiores en primer lugar y a continuación los jefes de residentes. Esta distribución de víctimas y victimarios sugiere que la violencia estaría fundamentada en las diferencias de poder, ya que el residente más joven es quien menos poder tiene dentro de la estructura jerárquica en la cual está inmerso, y se halla por lo tanto en una posición sumamente vulnerable; esta información confirmaría los hallazgos de las investigaciones anteriores<sup>15</sup>.

**Es sorprendente que los residentes que en primer año han sufrido violencia la apliquen ni bien cambian de categoría, como si hubiesen olvidado lo sufrido unos pocos meses antes. Este fenómeno podría deberse al convencimiento, enquistado en el modelo médico de aprendizaje, de que el uso de la violencia es una estrategia útil para incorporar conocimientos en situaciones de extrema complejidad como son aquellas relacionadas con cuestiones en las que están en juego la vida y la muerte.**

La violencia en la residencia existe desde hace varias décadas y los residentes justifican su existencia porque consideran que no existe otra manera de incorporar tan gran cantidad de conocimientos y habilidades en un período de tiempo tan breve. Esta aceptación de la violencia como el método “normal” o “natural” de enseñanza vuelve muy difícil erradicarla. El transformar una conducta socialmente adquirida en un fenómeno propio de la naturaleza se conoce como naturalización y tiene como consecuencia reforzar la perpetuación de esa conducta<sup>40</sup>. Los seres humanos aceptan los fenómenos naturales sin analizarlos ni discutirlos, “ocurren así y así debe ser”.

Cuando, por diferentes razones, un fenómeno de naturaleza social adquiere *status* de natural queda incorporado en la sociedad por largo tiempo, a medida que pasa el tiempo se refuerza la aceptación social y se vuelve más difícil modificarlo; este proceso se conoce como “invisibilización” y contribuye a reforzar la inserción del fenómeno en la sociedad. Las conductas violentas, cuando se reiteran, se naturalizan e invisibilizan, pues esa es la única manera que tiene la sociedad para tolerarlas. Este fenómeno también es conocido como acostumbramiento. La residencia médica pareciera estar construida sobre el convencimiento de que la violencia es inherente al proceso de aprendizaje, que existe desde los albores de la formación médica y que por lo tanto es “natural” que así ocurra.

El maltrato en la formación de los médicos tiene graves consecuencias sobre su desarrollo profesional tanto inmediato como posterior. **Es difícil comprender cómo puede un joven médico incorporar y desarrollar cualidades como el altruismo o la compasión por un enfermo cuando se forma en un ambiente en el cual permanentemente recibe críticas o humillaciones por realizar en forma incorrecta tareas que forman parte del aprendizaje. De igual modo, difícilmente podrá aprender a respetar a sus pacientes y pares cuando ha aprendido que el mejor modo de aprender medicina es con gritos, castigos e incluso agresiones físicas.**

En las residencias médicas de los centros estudiados los residentes sufren maltratos en forma regular, y los principales responsables de este maltrato son los residentes que se hallan inmediatamente por encima en la escala jerárquica. Este maltrato estaría originado en la asimetría de poder existente entre los residentes de diversos años y favorecido por la estructura verticalista de la residencia.



La residencia médica es el mejor método de capacitación de postgrado, haber completado este período de entrenamiento es un requisito indispensable en la mayoría de los programas de certificación médica. Por esta razón sería muy conveniente facilitar los cambios para erradicar los aspectos negativos de ella.

Notas:

1. Schwartz AJ, Black ER, Goldstein MG, Jozefowicz RM, Emmings FG. Level and causes of stress among residents. *J Med Educ* 1987; 62: 744-53. [ [Links](#) ]
2. Daugherty S, Baldwin DCjr, Rowley B. Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship. *JAMA* 1998; 279: 1194-9. [ [Links](#) ]
3. Lois MN. Sexual harassment in medical education: A review of literature with comments from the law. *Acad Med* 1996; 71: S113-8. [ [Links](#) ]
4. Lenhart SA, Evans C. Sexual harassment and gender discrimination: A primer for women physicians. *J Am Womens Assoc* 1991; 46: 77-82. [ [Links](#) ]
5. Myers MF. Abuse of residents: It's time to take action. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1705-6. [ [Links](#) ]
6. Gutek BA, Koss MP. Changed women and changed organizations: consequences of and coping with sexual harassment. *J Vocat/ Behav* 1993; 42: 28-48. [ [Links](#) ]
7. Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. *JAMA* 1988; 260: 2521-8. [ [Links](#) ]
8. Moscarello R, Margittai KJ, Rossi M. Differences in abuse reported by female and male canadian medical students. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 357-63. [ [Links](#) ]
9. Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Eckenfels ES. Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med* 1991; 155: 140-5. [ [Links](#) ]
10. Cook DJ, Liutkus JF, Risdon CL, Griffith LE, Guyatt GH, Walter SD Resident's experiences of abuse, discrimination and sexual harassment during residency training. *Can Med Assoc J* 1996; 154: 1657-65. [ [Links](#) ]
11. Komarony M, Bindman A, Haben R, Sande M. Sexual harassment in medical training. *N Engl J Med*. 1993; 328: 322-6. [ [Links](#) ]
12. vanIneveld C, Cook D, Kane S, King D. Discrimination and abuse in internal medicine residence. *J Gen Intern Med*. 1996; 11:401-5 [ [Links](#) ]
13. Quine L. Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ* 2002; 324: 878-9. [ [Links](#) ]
14. Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ* 1999; 318: 228-32. [ [Links](#) ]
15. Mejía R, Diego A, Alemán M, Petracchi M, Irigoyen S, Casal E. Maltrato durante la residencia médica. Percepción de los residentes. *Medicina (Buenos Aires)* 2001; 61: 117-9. [ [Links](#) ]
16. Majdalani MP, Mejía R, Perez Stable EJ, Fayanás R. Utilización del tiempo por los residentes de primer año de medicina interna del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires. *Revista Fundación Facultad de Medicina* 2003; 13: 15-9 [ [Links](#) ]
17. Giberti E, Fernández AM. La violencia invisible. En: Giberti E, Fernández A. La mujer y la violencia invisible. Buenos Aires: Sudamericana 1989, p 16-23. [ [Links](#) ]
18. Pizzino A. Report on CUPE's (Canadian Union on Public Employees) National Health and Safety Survey of Agression Against Staff. Ottawa 1994. [ [Links](#) ]
19. Rosenberg D, Silver H. Medical student abuse: an unnecessary cause of stress. *JAMA* 1984; 251: 739-42. [ [Links](#) ]
20. Riger S. Gender dilemmas in sexual harassment policies and procedures. *American Psychological Association* 1991;46: 497-505. [ [Links](#) ]
21. Rubenstein M. Dignity of women at work: Report on the problem of sexual harassment in the Member States of the European Communities. Commission of the European Communities. Brussels 1987. [ [Links](#) ]
22. Hirigoyen MF. Las distintas aproximaciones al fenómeno, en: MF Hirigoyen "El acoso moral en el trabajo", Buenos Aires: Paidós, 2001, 69-78. [ [Links](#) ]
23. Chappell D, Di Martino V. Understanding violence at work, en Chappell D, Di Martino V. In: Violence at work. ILO Publications, Geneva, Switzerland International Labour Office, p. 3-18. [ [Links](#) ]
24. Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica contra las mujeres. Ginebra: OMS 1999. [ [Links](#) ]
25. Gaba D, Howard S. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Eng J Med* 2002; 347: 1249-55. [ [Links](#) ]
26. Asken M, Rahan D. Residents performance and sleep deprivation: a review. *J Med Educ* 1983; 58: 382-8. [ [Links](#) ]
27. Owen J. Sleep loss and fatigue in medical training. *Curr Opin Pulm Med* 2001; 7: 411-8. [ [Links](#) ]
28. Weinger M, Ancoli-Israel S. Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA* 2002; 287: 955-7. [ [Links](#) ]
29. Howard S, Gaba D, Rosekind R, Zircon V. The risk and implications of excessive daytime sleepiness in residents physicians. *Acad Med* 2002; 277: 1019-25. [ [Links](#) ]
30. Taffinder N, McManus I, Gul Y, Russell R, Darzi A. Effect of sleep deprivation on surgeon's dexterity on lapa-roscopy simulator. *Lancet* 1998; 352: 1191. [ [Links](#) ]
31. Stone M, Doyle J, Bosch R, Bothe A, Steele G. Effect of resident call status on ABSITE performance. *Surgery* 2000; 128: 465-71. [ [Links](#) ]
32. Landrigan C, Rothschild J, Cronin J, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Eng J Med* 2004; 35: 18-28 [ [Links](#) ]
33. Lockley S, Cronin J, Evans E, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004; 351: 1829-37. [ [Links](#) ]
34. Weinstein D. Duty hours for resident physicians. Tough choices for teaching hospitals. *N Eng J Med* 2002; 347: 1275-8. [ [Links](#) ]
35. Common program requirements (resident duty hours). Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education, February 2003. Available from: URL: <http://www.acgme.org/DutyHours/dutyHoursCommonPR.pdf> [ [Links](#) ]
36. Petition to the Occupational Safety and Health Administration requesting that limits be placed on hours worked by medical residents (HRG publication n° 1570). Washington, D.C.: Public Citizen, April 2001. Available from: URL: <http://www.citizen.org/hrg/PUBLICATIONS/1570/htm>. [ [Links](#) ]
37. Patients and Physicians Safety and Protection Act of 2002 (H.R3236). Washington D.C.: Library of Congress, 2002. Available from: URL: <http://thomas.loc.gov> [ [Links](#) ]
38. Patients and Physicians Safety and Protection Act of 2002 (S2614). Washington D.C.: Library of Congress, 2002. Available from: URL: <http://thomas.loc.gov> [ [Links](#) ]
39. New Jersey Assembly Bill A1852. Trenton, NJ: Office of Legislative Services, 2002. Available from: URL: <http://www.njleg.state.nj.us/bills/BillView.asp> [ [Links](#) ]
40. Dorola E. La naturalización de los roles y la violencia invisible. En Giberti E, Fernández A. La mujer y la violencia invisible, Buenos Aires: Sudamericana 1989, 191-200. [ [Links](#) ]

**Recibido:** 27-12-2004

**Aceptado:** 1-06-2005

**Agradecimiento:** Los autores agradecen a la Dras. María José Repetto y Beatriz Sosa por su ayuda en la recolección de datos.  
**Bibliografía**

Medicina (Buenos Aires) *versión On-line* ISSN 1669-9106. Medicina (B. Aires) v.65 n.4 Buenos Aires jul./ago. 2005. Tomado de: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0025-76802005000400002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802005000400002)