



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE LOS MEDICOS  
RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CDMX

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

PRESENTA:  
SUEMY CHANTAL HERNÁNDEZ QUINTERO

TUTOR O TUTORES PRINCIPALES  
DRA. HERLINDA MORALES LÓPEZ  
DR. ANDRÉS MUÑOZ GARCÍA

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

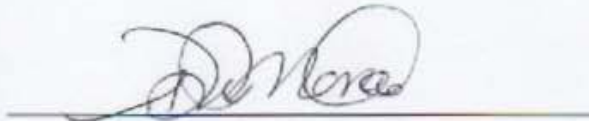
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**“PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE LOS MÉDICOS  
RESIDENTES DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE LA CDMX”**

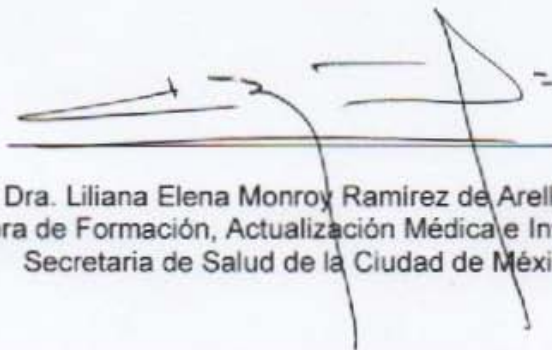
**Autor: Hernández Quintero Suemy Chantal  
Residente de tercer año de Anestesiología**

Vo. Bo.



**Dra. Morales López Herinda  
Profesor titular del curso de especialización en Anestesiología**

Vo. Bo.



**Dra. Liliana Elena Monroy Ramírez de Arellano**  
**Directora de Formación, Actualización Médica e Investigación**  
**Secretaría de Salud de la Ciudad de México**



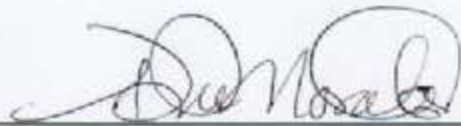
SECRETARÍA DE SALUD DE LA  
CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN,  
ACTUALIZACIÓN MÉDICA E  
INVESTIGACIÓN

**“PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE LOS MÉDICOS  
RESIDENTES DE LA SECRETARIA DE SALUD DE LA CDMX”**

Autor: Hernández Quintero Suemy Chantal  
Residente de tercer año de Anestesiología

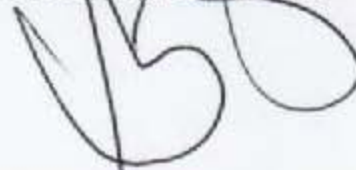
**DIRECTOR DE TESIS**



---

**Dra. Morales López Herlinda**  
Profesor titular del curso de especialización en Anestesiología

**DIRECTOR DE TESIS**



---

**Dr. Andrés Muñoz García**  
Anestesiólogo Intensivista

## **DEDICATORIA**

A mis padres... porque sin su apoyo esto no hubiera sido posible, por sus palabras en los momentos difíciles, sus consejos y su amor incondicional.

A mi hijo Isaac... por ser mi motivación de cada mañana, mi razón y mi ángel.

A mi hermanito... por ser una parte de mí corazón.

A mi amigo y hermano de residencia Roberto.... porque sin ti no hubiera resistido.

A mis maestros, y residentes que me enseñaron con paciencia y tolerancia.

*Suemy Hernández.*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios! porque eres fiel en tus promesas y por qué solo de tu mano pude lograrlo.

Agradezco principalmente a mis padres, por su apoyo en todos los aspectos y porque este logro es de ustedes.

Gracias a mis directores de tesis la Dra. Herlinda Morales López y el Dr. Andrés Muñoz García por su tiempo, paciencia y dedicación en este trabajo.

Agradezco a todos mis compañeros de Anestesiología y otras especialidades por su apoyo en responder mis encuestas.

Gracias a todas las personas que creyeron en mí.

*Suemy Hernández.*

## **RESUMEN**

**OBJETIVO GENERAL:** Identificar la violencia ejercida sobre Médicos Residentes del área quirúrgica, de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

### **MATERIAL Y METODOS:**

Diseño de estudio: estudio Descriptivo, transversal, ambispectivo.

Se realizaron 161 encuestas en médicos residentes de áreas quirúrgicas de los hospitales de la SEDESA de la CDMX, en el periodo abril-mayo 2019.

**RESULTADOS:** Las áreas quirúrgicas participantes fueron las siguientes: Anestesiología 50 (31.1%), Cirugía General 60 (31.1%), Ortopedia 31 (19.3%) y Ginecología y Obstetricia 20 (12.4%). Se identificó en la población encuestada, violencia en un 97.5%.

**CONCLUSIONES:** De acuerdo al estudio realizado en los médicos residentes de la secretaria de salud de la ciudad de México, se identificó violencia ejercida sobre ellos; seto generalmente no se reporta. Afectando la dignidad como persona del becario, así como su rendimiento académico y su desempeño profesional.

**PALABRAS CLAVE:** Violencia, Dignidad, Médicos residentes.



## **ABSTRACT**

**GENERAL OBJECTIVE:** To identify the violence exercised on Resident Physicians of the surgical area, of the Secretary of Health of Mexico City.

**MATERIAL AND METHODS:**

Study design: Descriptive, transversal, ambitious study.

161 surveys were conducted on resident physicians from surgical areas of CDMX's SEDESA hospitals in the period April-May 2019.

**RESULTS:** Participating surgical areas were: Anesthesiology 50 (31.1%), General Surgery 60 (31.1%), Orthopedics 31 (19.3%) Gynecology and Obstetrics 20 (12.4%). Violence was identified in the population surveyed by 97.5%.

**CONCLUSIONS:** According to the study carried out in the resident physicians of the health secretary of Mexico City, violence was identified against them; this is usually not reported. Affecting the dignity as a person of the intern, as well as his academic performance and his professional performance.

**KEY WORDS:** Violence, Dignity, Resident Physicians.

## INDICE

1.- Resumen	
2.- Introducción.....	1
3.- Material y métodos.....	12
4.- Resultados.....	21
5.- Discusión.....	29
6.- Conclusiones.....	33
7.- Recomendaciones.....	34
8.- Referencias bibliográficas.....	35

## INTRODUCCIÓN:

En nuestro país, cada año más de 35,000 médicos, aplican el examen Nacional de Aspirantes a la Residencia Médica, de los cuales 1 de cada 10 es seleccionado para realizarla.

Desde ese momento cada uno de los médicos no seleccionados viven un tiempo de duelo y frustración, algunos de ellos deciden no volver a presentar el examen, sin embargo, otros tantos continúan con el deseo desmedido de obtener un lugar; hasta que lo logran.

La Organización Mundial de la Salud define la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

La clasificación de la OMS, divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

- ✓ La violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones).
- ✓ La violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco).
- ✓ La violencia colectiva (social, política y económica).

La violencia se presenta en distintos ámbitos, por ejemplo, la violencia en el trabajo, que incluye no sólo el maltrato físico sino también psíquico.

Muchos trabajadores son sometidos al maltrato, al acoso sexual, a amenazas, a la intimidación y otras formas de violencia psíquica.

En el Reino Unido se han realizado investigaciones donde se ha comprobado que 53% de los empleados han sufrido intimidación en el trabajo, y 78% han presenciado dicho comportamiento. Los actos repetidos de violencia desde la intimidación, el acoso sexual y las amenazas hasta la humillación y el menosprecio de los trabajadores pueden convertirse en casos muy graves por efecto acumulativo. En Suecia, se calcula que tal comportamiento ha sido un factor en 10% a 15% de los suicidios.

En el ámbito de la formación médica, el médico Residente es considerado como trabajador, así mismo; derivado de la presión constante y maltrato por parte de los superiores, los médicos en formación, presentan síntomas de ansiedad, angustia, fatiga crónica, trastornos en la conducta y en sus relaciones humanas. En décadas pasadas el maltrato a los médicos residentes se consideraba como parte esencial de la formación, se creía que era necesario crear entera disciplina a base de violencia sobre ellos; en años recientes algunos médicos han presentado cartas a Derechos Humanos manifestando quejas, humillaciones y actos de deshumanización.

En el año de 1991 Baldwin estudió por primera vez la percepción del maltrato en diez escuelas de medicina de Estados Unidos, donde se reportó una prevalencia del 96%, siendo las humillaciones la causa más frecuente.<sup>2-3</sup>

Así mismo se conocen estudios sobre este tema en otros países como Argentina, Chile, Japón, Canadá, entre otros; como bien sabemos en México no se ha estudiado con profundidad esta situación, aun sabiendo que día a día se vive en nuestros hospitales actos de violencia hacia los Residentes.

Es fundamental reconocer que una de las causas más importantes para que se presente esta situación es la Deshumanización “pérdida de la capacidad axiológica propiamente humana”; siendo comparados con objetos o animales incapaces de sentir dolor, privación de aquellas cualidades que nos distinguen como seres humanos tales como la inteligencia, el amor, felicidad, creencias morales, la vergüenza, o el lenguaje; lejanos de la sensibilidad humana hacia otros o hacia ellos mismos.

Durante el periodo renacentista la visión inicial del Humanismo en el ámbito médico era aquella que consideraba al médico como quien cultivaba ciencias que enriquecen el espíritu como las artes, la literatura y la pintura. Desde tiempos de Hipócrates se entendió a la Deshumanización como consecuencia de un modelo racional científicista que alejaba de la sensibilidad humana.<sup>4</sup> Durante el proceso de Deshumanización debemos entender que éste se encuentra ligado a los diferentes métodos y paradigmas de enseñanza. En la búsqueda de la rehumanización en cuestión de personal de la salud se han desarrollado nuevas herramientas que permitan la formación humanista del médico desde las facultades de medicina.<sup>5</sup>

Ya que como bien sabemos es desde la formación del médico de pre o postgrado donde se pueden empezar a presentar estas distorsiones deshumanistas.

Como se mencionó antes, el síndrome de desgaste profesional también conocido como síndrome de Burnout es frecuente que se presente incluso desde los primeros semestres de la carrera hasta los médicos Residentes y este puede considerarse como un factor predisponente a la deshumanización del médico en formación.<sup>5-6</sup>

La iniciación de la deshumanización puede darse por el comportamiento poco ético de los docentes o residentes de mayor jerarquía, la cuales incluyen burlas hacia los pacientes o hacia los mismos médicos. <sup>5-7</sup>

Podemos observar que, bajo esta premisa de enseñanza con burla, maltrato y deshumanización, se podría relacionar con el concepto de “identificación del agresor” el cual fue propuesto por Ferenczi, citado por Frankel <sup>5-8</sup>. La cual refiere que ante situaciones como la angustia frente a una amenaza o el estar frente a un peligro; en ese momento la persona deja de ser como si misma y se transforma en la imagen que algún otro tiene de ella; esto suele suceder de manera automática. Aunado a esto se puede considerar que durante la enseñanza se ejerce un efecto “Pigmalión” donde el docente pretende que el estudiante cumpla con todas sus expectativas ya sea que lleven al estudiante hacia el éxito o el fracaso.

Se ha reportado un estudio de la Universidad de Harvard a estudiantes de medicina, en donde se les hizo un ensayo acerca de los currículum ocultos, en donde se reportó que un 30% plasmaron problemas respecto a la deshumanización. <sup>5-9</sup>

Con lo anterior podemos darnos cuenta que definitivamente la conducta deshumanizada de los médicos se crea desde su formación y mucho de esto tiene que ver con la poca ética de los docentes, adscritos, residentes de mayor jerarquía o tutores que presentan conductas inapropiadas, maltrato directo sobre el estudiante o carencia de valores.

En el tiempo de los romanos, los guerreros antiguos y los inquisidores, se consideraban torturas extremas, matar a sus adversarios, arrastrar, encadenar o quemar en hogueras a sus enemigos o adversarios; como conductas de alta moral, que les otorgaban un valor especial en nombre de Dios. Conductas que para nosotros en tiempos actuales se verían como actos abominables.

Se ha demostrado que en el mundo no existe un derecho natural. La naturaleza solo conoce la ley de la supervivencia, vemos con tristeza que la humanidad en distintos lugares, con diferentes costumbres, principalmente de países de tercer mundo, se aferran a sobrevivir sin importar a que costo; individuos de guerra, quien tiene mandos, poder, comida en abundancia, quien está armado, solo esas personas pueden reproducirse y difundir sus genes.

En el ámbito de la Medicina se han observado este tipo de conductas; donde podemos ver a médicos que a través de violencia hacia los demás creen tener el control de todo, con mando y poder, con egocentrismo, incapaces de acercarse a los principios Hipocráticos.

Existe una relación entre la medicina y la docencia en la que los términos médico y doctor se utilizan como sinónimos ya que la palabra doctor proviene del latín *docere*, que significa “enseñar”<sup>5</sup>. Es necesario comprender que la enseñanza y por lo tanto el modelo educativo es fundamental para la formación integral de un buen médico con valores y ética, sin deshumanización. Hemos visto que a lo largo del tiempo se han establecido distintos paradigmas educativos, los cuales se analizarán a continuación:

	<b>Paradigma Conductista</b>	<b>Paradigma Cognitivo</b>	<b>Paradigma Constructivista</b>	<b>Paradigma Humanista</b>	<b>Paradigma Socio-cultural</b>
<b>Problemática</b>	Observable-descriptivo de la conducta observable.	Estudio de la representación mental.	Construcción del conocimiento	Enfoque de los procesos integrales de aprendizaje.	El estudio de la conciencia
<b>Fundamentos Epistemológicos</b>	Empirismo (ambientalismo, asociacionismo y anticonstruccionismo).	Racionalismo	Constructivismo, interaccionismo y relativismo.	Existencialismo y fenomenología.	Interaccionismo-dialectico
<b>Metodología</b>	Experimental-inductivista	Indiferencia	Método psicogenético	Enfoque holista subjetiva y empática.	Método experimental-evolutivo Método genético-comparativo Método microgenético
<b>Supuestos teóricos</b>	Modelos E-R estímulos-respuesta	Modelos de procesamiento de información; memoria, pensamiento aprendizaje, representaciones mentales.	Teoría de las etapas (invariantes, funcionales y la equilibración).	El hombre es un ser humano que tiende a reflejar de manera consciente su existencia.	Las funciones psicológicas tienen una génesis social. (Ley general del desarrollo). Medición de instrumentos socioculturales.

En la formación médica se ha venido practicando desde hace muchos años el Paradigma Conductista en el cual su característica principal es *depositar información* en el alumno. Al profesor se le considera como programador, interesado en perfeccionar los conocimientos y habilidades que debe enseñar al alumno. Para los conductistas la enseñanza debe estar basada en consecuencias positivas (reforzamiento positivo) y no en procedimientos de control aversivo (como el castigo y otros).

El alumno es visto como un ser pasivo, aislado, cuya participación se encuentra demasiado restringida; cuyo desempeño y aprendizaje pueden ser arreglados desde el exterior siempre y cuando se realicen los ajustes ambientales y curriculares necesarios.<sup>10</sup>



Para una buena formación médica se debe considerar romper con el paradigma Conductista e implementar desde otro punto de vista el paradigma Constructivista, donde se resalta la actividad espontánea del estudiante y la enseñanza indirecta como complemento en la situación educativa.

Piaget ha comentado lo siguiente:

*“El principal objetivo de la educación es crear hombres que sean capaces de hacer cosas nuevas, no simplemente de repetir lo que han hecho otras generaciones; hombres que sean creativos, inventivos y descubridores. El segundo objetivo de la educación es formar mentes que puedan criticar, que puedan verificar, y no aceptar todo lo que se les ofrezca”* <sup>19-21</sup>.

*Esta teoría ha demostrado que todos los individuos tienden de modo natural a incrementar su autonomía.*<sup>22</sup>

Considerando que se logre una modificación paradigmática, veremos que la presión sobre el médico en formación se vería disminuida; los índices de síndrome de desgaste y el *Bullying* definido por primera vez por el psicólogo Dan Olweus, quien observó la violencia escolar en su país Noruega, en 1973.<sup>16</sup> El *Bullying* es una palabra que lleva consigo la intimidación, el miedo, hostigamiento, manipulación, amenaza a la integridad, entre otras cosas. De acuerdo a estudios previos en la formación médica se ha identificado una prevalencia a nivel mundial entre el 10-50% de maltrato, de ellos un 32.2% abandona la carrera.<sup>16</sup>

La violencia durante la Residencia Médica se ve constantemente justificada para la aportación de conocimientos y enseñanza; el estudiante lo considera “normal”, existe intimidación y acoso.

Se define como maltrato psicológico, como aquel comportamiento que hace que otra persona se sienta herida, ofendida, desvalorizada o incompetente, e incluye

gritos, insultos o faltas de respeto. El maltrato físico incluye golpes y todo tipo de trato violento.<sup>15</sup>

En la India se realizó un estudio en el año 2016, con un número de participantes de 151. La edad media de los participantes en el estudio fue de 26.73 años. Casi la mitad (47,02%; 44,56% de los varones y 50,84% de las mujeres) de los doctores reportaron tener una experiencia de violencia durante las horas de trabajo en los últimos 12 meses. Entre los casos, 39,4% fueron reportados por el Departamento de Obstetricia y Ginecología mientras que cirugía y otros departamentos reportaron 29,6%, 26,8% y 4,2% respectivamente. Los pacientes o sus parientes fueron perpetradores en la mayoría de los casos. El máximo (87,3%) de los casos notificados fue de violencia verbal, mientras que el 8,6% de los casos eran de violencia física. Los médicos más jóvenes con menos experiencia laboral fueron más propensos a la violencia física.<sup>18</sup>

En Canadá, se fundó en 1972, una organización de médicos Residentes, la cual representa a más de 10.000 médicos, residentes del país. La RDoC colabora con otras organizaciones nacionales de salud para fomentar la excelencia en la formación, el bienestar y la atención al paciente.

Los estudios y encuestas realizados en la última década confirman que la intimidación y el acoso siguen siendo un problema grave y prevalente dentro de la comunidad médica canadiense.

En una encuesta de 2012 y revisión bibliográfica realizada por RDoC: • 72,9% de los encuestados informaron que experimentaron comportamientos inadecuados de otros durante la residencia • el 34% de los encuestados dijo que no tenían

recursos de "buen ambiente en el lugar de trabajo" y/o que no eran conscientes de cualquier dichos recursos • el acoso sexual se documentó en un 25-60% de los residentes.<sup>21</sup>

Se demostró que estos encuentros tienen un impacto negativo en la vida, la formación y el rendimiento de los residentes, ya que los residentes afectados enfrentan enojo, aislamiento, culpa propia y pérdida de confianza en sí mismos. Los residentes afectados también corren el riesgo de deteriorar la salud física y mental, comportamientos adictivos, disminución del rendimiento, problemas financieros, aislamiento y preocupaciones relacionadas con la relación. Esto, a su vez, puede conducir a una disminución de la productividad y la eficiencia, aumento del ausentismo, errores, posibles arbitrajes y quejas de los pacientes.<sup>21</sup>

Es importante tomar en cuenta que desde el punto filosófico, toda persona es dotada de *dignidad*, porque es sujeto de su propio existir y de su obrar. El concepto de persona es universal, se realiza en cada individuo de la especie humana en virtud de su propio ser. Ser persona significa ser "alguien" y no un "algo".

*Dignidad* expresa el máximo valor que se puede predicar de un ente. Y por valor la realidad ideal por cuya participación de las cosas adquieren cualidades que las hacen estimables.

El hombre es más valioso que cualquier otro ser vivo, además su esencia se encuentra desvinculada del determinismo de lo orgánico; supera la casualidad biológica, se rige de leyes que le son propias, y participa de una dimensión superior: el mundo del espíritu. Solo del hombre se puede decir que posee dignidad, porque es el ser más perfecto, porque es un ser personal.<sup>27</sup>

Tomando en cuenta, los estudios previos en distintos países, es importante considerar identificar casos de violencia en los médicos residentes en nuestro país, estudiar a profundidad el tema en México y considerar soluciones educativas asertivas, retomar los valores y la ética del médico, evitar deserciones de la carrera, trastornos psicológicos, deshumanización; crear conciencia en nuestros médicos y formar a las nuevas generaciones de una manera humanizada.

Determinar el tipo de violencia que se ejerce sobre los médicos residentes en la Secretaría de Salud de la Ciudad de México.

La investigación se enfoca en identificar la presencia de violencia en los médicos residentes de las distintas especialidades en nuestro sector de salud, así mismo visualizar a grandes rasgos aquellos factores que la propician. Considerado, así como un tema de importancia a nivel nacional para el desempeño de este personal de salud en el área laboral e interpersonal. Cabe mencionar que la violencia no forma parte de la formación académica de los médicos. Se han identificado casos que han sido pasados por alto debido al ejercicio de modelos educativos paradigmáticos durante años; situaciones que conllevan a un estado emocional, físico y psicológico alterado en los residentes, lo cual puede ser dañino para el mismo y para los pacientes que tratan, ya que esto puede afectar el desempeño intrahospitalario.

Esta situación debe ser abordada para su identificación temprana y prevención de la misma, así como su resolución. Tomando en cuenta que las autoridades deben tener conocimiento de los casos expuestos, para actuar sobre ello; no minimizando cualquier situación de violencia ya que esto contribuye a la calidad de atención de los servicios de salud que se brinda.

En la Secretaria de Salud de la CDMX, existe violencia sobre los médicos residentes de distintas especialidades, pero no se habla abiertamente o es causa de más violencia si se expresa. Es el currículum oculto.

### **Objetivos:**

#### General

Identificar la violencia ejercida sobre los Médicos Residentes de área quirúrgica, de la Secretaria de Salud de la Ciudad de México.

#### Específicos

1. Describir el tipo de violencia al que es sometido el Médico Residente.
2. Identificar que especialidad es la más afectada.
3. Identificar las causas principales por las que se recibe violencia.
4. Determinar el grado de violencia se presenta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

**Diseño de estudio:** Descriptivo, transversal, ambispectivo.

Aplicación de encuesta con respuestas en escala tipo Likert. Adaptación transcultural. Con validación por alfa de Cronbach.

**Universo:** Finito

**Tipo de muestra:** Cualitativa, por conveniencia.

**Variables:**

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	CALIFICACION
Violencia	Dependiente	Uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.	Cualitativa	Escala tipo likert
Edad	Independiente	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio.	Cuantitativa (continua)	En años
Sexo	Independiente	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo	Cualitativa Dicotomica (nominal)	Masculino Femenino
Grado residente	Independiente	Grado académico en el que se encuentra	Cuantitativa (continua)	Por año (1-2-3-4)
Especialidad	Independiente	Rama Medica en la que se encuentra como Residente.	Cuantitativa (continua)	Anestesiología Cirugía General Gineología y Obstetricia Ortopedia

**PROGRAMA ESTADISTICO:** Minitab 2018

**Riesgo de la investigación:** Menor al mínimo.

**“PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA EJERCIDA SOBRE LOS MEDICOS RESIDENTES  
EN LA SEDESA DE LA CDMX”**

FOLIO:

FECHA:

SEXO:

EDAD:

ESPECIALIDAD:

GRADO DE RESIDENCIA:

Contesta el siguiente cuestionario, marca con un X la respuesta

	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 ALGUNAS VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE	
1. ¿Ha sido criticado por no realizar tareas administrativas?						
2. ¿Ha sido criticado o humillado públicamente por sus errores?						
3. ¿Ha observado falta de respeto al trabajo realizado?						
4. ¿Ha recibido guardias como castigo?						
5. ¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas (comer, dormir) por causas, a su juicio injustificables?						
6. ¿Ha corroborado que su trabajo ha sido utilizado en beneficio de otro?						
7. ¿Ha sido amenazado con algún daño físico?						
8. ¿Ha recibido gritos?						
9. ¿Ha recibido golpes o empujones?						
10. ¿Ha recibido otra forma de violencia física?						
11. ¿Ha recibido comentarios desagradables respecto a su nacionalidad, raza, religión, preferencia sexual?						
12. ¿Ha recibido comentarios sexuales sobre su cuerpo o parte de él?						
Residente 1º	Residente 2º	Residente 3º	Residente 4º	Adscrito	Jefe de servicio	Otro personal, específica

## **ASPECTOS BIOÉTICOS**

### **Declaración de Helsinki**

Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989.

Es misión del médico salvaguardar la salud de las personas. Su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta misión. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico a la aseveración: «La salud de mi paciente será mi empeño principal», y el Código internacional de Ética Médica declara que «cuando un médico proporcione una asistencia médica que pudiera tener un efecto de debilitamiento del estado físico y mental del paciente el médico deberá actuar únicamente en interés del paciente». La finalidad de la investigación biomédica que implica a personas debe ser la de mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y el conocimiento de la etiología y patogénesis de la enfermedad.

En la práctica médica actual, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos. Esto rige especialmente en la investigación biomédica.

El progreso médico se basa en la investigación que, en última instancia, debe apoyarse en parte en la experimentación realizada en personas. En el campo de la investigación biomédica, debe efectuarse una diferenciación fundamental entre la investigación médica en la cual el objetivo es esencialmente diagnóstico o terapéutico para los pacientes y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y que carece de utilidad diagnóstica o terapéutica directa para la persona que participa en la investigación.



Deben adoptarse precauciones especiales en la realización de investigaciones que puedan afectar al medio ambiente, y debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la investigación. Puesto que es esencial que los resultados de las pruebas de laboratorio se apliquen a seres humanos para obtener nuevos conocimientos científicos y ayudar a la humanidad enferma, la Asociación Médica Mundial ha preparado las siguientes recomendaciones como guía para todo médico que realice investigaciones biomédicas en personas. Esta guía debería revisarse en el futuro. Debe destacarse que las normas tal como se describen constituyen únicamente una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no quedan exonerados de las responsabilidades.

#### Principios básicos

1. La investigación biomédica que implica a personas debe concordar con los principios científicos aceptados universalmente y debe basarse en una experimentación animal y de laboratorio suficiente y en un conocimiento minucioso de la literatura científica.
2. El diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité nombrado especialmente, independientemente del investigador y del promotor, siempre que este comité independiente actúe conforme a las leyes y ordenamientos del país en el que se realice el estudio experimental.
3. La investigación biomédica que implica a seres humanos debe ser realizada únicamente por personas científicamente cualificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente.

La responsabilidad con respecto a las personas debe recaer siempre en el facultativo médicamente cualificado y nunca en las personas que participan en la investigación, por mucho que éstas hayan otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica que implica a personas no puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas.

5. Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.

6. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de comprometerse en la realización de proyectos de investigación que impliquen a personas a menos que crean fehacientemente que los riesgos involucrados son previsibles. Los médicos deben suspender toda investigación en la que se compruebe que los riesgos superan a los posibles beneficios.

8. En la publicación de los resultados de su investigación, el médico está obligado a preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

9. En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el médico debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

10. En el momento de obtener el consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación, el médico debe obrar con especial cautela si las personas mantienen con él una relación de dependencia o si existe la posibilidad de que consientan bajo coacción. En este caso, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico no comprometido en la investigación y completamente independiente con respecto a esta relación oficial.

11. En el caso de incompetencia legal, el consentimiento informado debe ser otorgado por el tutor legal en conformidad con la legislación nacional. Si una incapacidad física o mental imposibilita obtener el consentimiento informado, o si la persona es menor de edad, en conformidad con la legislación nacional la autorización del pariente responsable sustituye a la de la persona. Siempre y cuando el niño menor de edad pueda de hecho otorgar un consentimiento, debe obtenerse el consentimiento del menor además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo experimental debe incluir siempre una declaración de las consideraciones éticas implicadas y debe indicar que se cumplen los principios enunciados en la presente Declaración.

## **II. Investigación médica combinada con asistencia profesional (Investigación clínica)**

1. En el tratamiento de una persona enferma, el médico debe tener la libertad de utilizar un nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico, si a juicio del mismo ofrece una esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos y molestias de un nuevo procedimiento deben sopesarse frente a las ventajas de los mejores procedimientos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier estudio clínico, todo paciente, inclusive los de un eventual grupo de control, debe tener la seguridad de que se le aplica el mejor procedimiento diagnóstico y terapéutico confirmado.
4. La negativa del paciente a participar en un estudio jamás debe perturbar la relación con su médico.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, las razones concretas de esta decisión deben consignarse en el protocolo experimental para conocimiento del comité independiente (v. Principios básicos, punto 2).
6. El médico podrá combinar investigación médica con asistencia profesional, con la finalidad de adquirir nuevos conocimientos médicos, únicamente en la medida en que la investigación médica esté justificada por su posible utilidad diagnóstica o terapéutica para el paciente.

### **III. Investigación biomédica no terapéutica que implique a personas (Investigación biomédica no clínica).**

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica realizada en personas, es deber del médico seguir siendo el protector de la vida y la salud de la persona participante en la investigación biomédica.
2. Las personas participantes deben ser voluntarios, o bien personas sanas o pacientes cuya enfermedad no esté relacionada con el protocolo experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe suspender la investigación si estimasen que su continuación podría ser dañina para las personas.
4. En investigaciones en el hombre, el interés de la ciencia y la sociedad jamás debe prevalecer sobre consideraciones relacionadas con el bienestar de las personas.

### **PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA**

Los 4 principios básicos de la bioética pueden ser defendidos tanto desde posiciones 'consecuencialistas' como 'deontologistas', pero hay que tener en cuenta que la apelación a los cuatro principios no incluye una 'teoría' moral, sino un esquema de análisis que nos permite seleccionar, ante una situación concreta, los elementos más pertinentes para encontrar un criterio o resolver una dificultad práctica.

**1.- Principio de autonomía:** Dos filósofos muy distintos han defendido el concepto moderno de 'autonomía': Kant (deontologista) y Stuart Mill (utilitarista). Es dudoso que en la práctica el seguidor de una autonomía de tipo kantiano o de una autonomía milliana hagan cosas substancialmente distintas. El núcleo de la diferencia reside en que Mill por una parte entiende la autonomía como 'no interferencia' mientras que en Kant domina la idea del 'respeto' hacia la persona.

El principio de autonomía se puede formular negativamente como: 'las acciones autónomas no pueden ser sometidas a la limitación o al permiso de otro'. Y positivamente como: 'yo soy el único sujeto de mis actos y de mi responsabilidad'. Una concreción bioética de la autonomía es el consentimiento informado del paciente.

**2.- Principio de beneficencia:** ('Hacer el bien'). Tanto los utilitaristas como Kant derivan la beneficencia de la utilidad y los kantianos reconocen, además, que hacer el bien es una exigencia a priori de la acción. Pero el principio de beneficencia depende de la autonomía (hacer el bien que el individuo solicita). La beneficencia no se confunde con la piedad, la gentileza o la caridad, porque incluye toda forma de acción en beneficio de individuos que tienen derecho a decidir. Se origina en el juramento hipocrático, pero va más allá de la filantropía en tanto que reconoce al paciente como sujeto de derechos (no de caridad).

**3.- Principio de no-maleficencia:** ('Primum non nocere') No es fácil distinguirlo del anterior, pero es básico en el caso de evaluación de tratamientos. Tiene un fuerte componente realista y antiutópico (no siempre se sabe, ni se puede hacer el bien) y actúa preventivamente. No está en el 'Corpus' hipocrático a la letra, pero deriva de él.

**4.- Principio de justicia:** La justicia es una exigencia difícil de definir, pero fundamental. En principio (según la tradición aristotélica) exige tratar igual lo que es igual y desigualmente lo que es desigual. Así se habla de 'equidad'. Se puede entender también como un principio de imparcialidad, pero la dificultad de la justicia se halla en el reparto de recursos escasos. Sin un criterio de justicia imparcial se derrumba la confianza en el sistema.

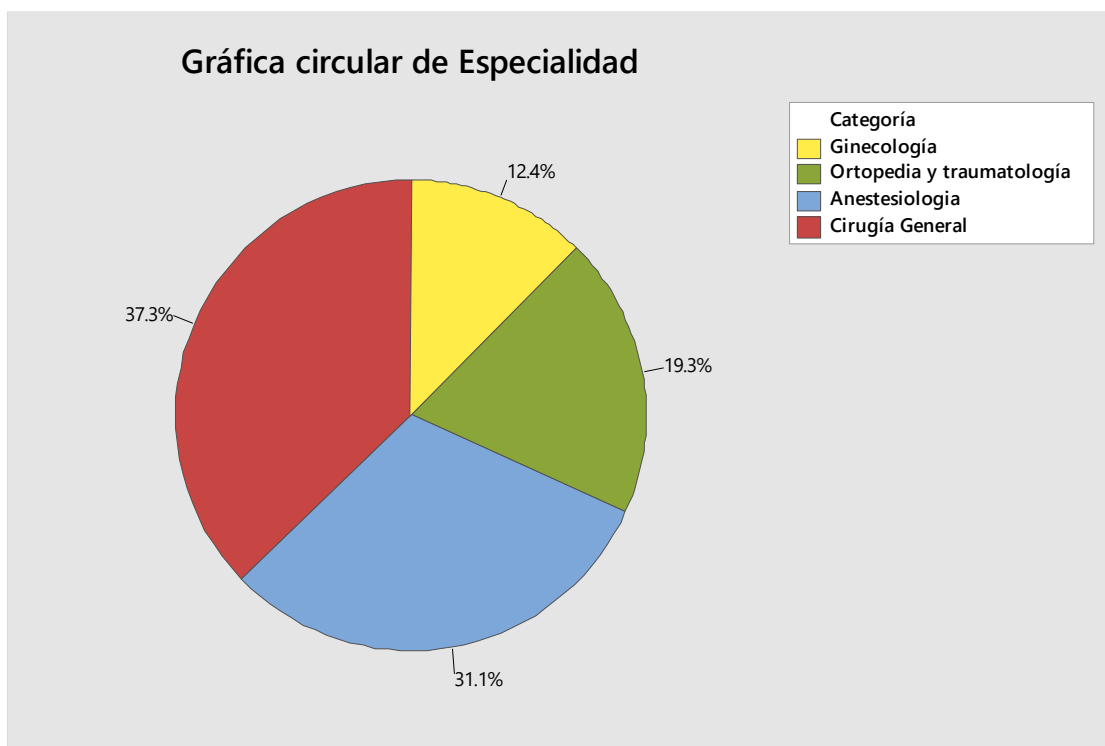
## RESULTADOS

### I. Sexo

Sexo	Conteo	Porcentaje
Femenino	82	50.93
Masculino	79	49.07
N=	161	

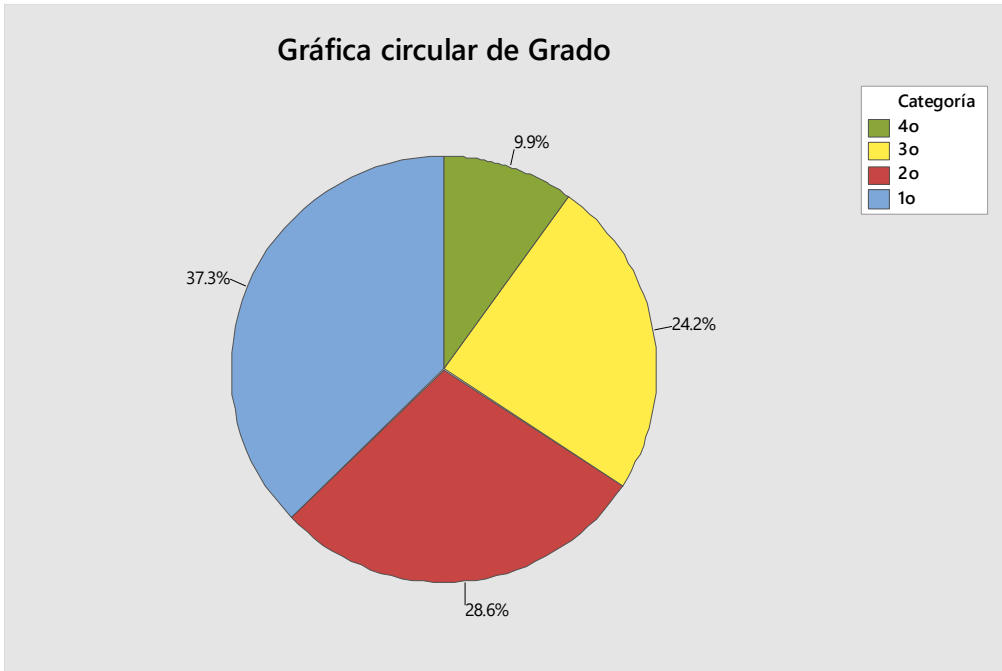
Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

### II. Especialidades participantes y porcentaje encuestado.



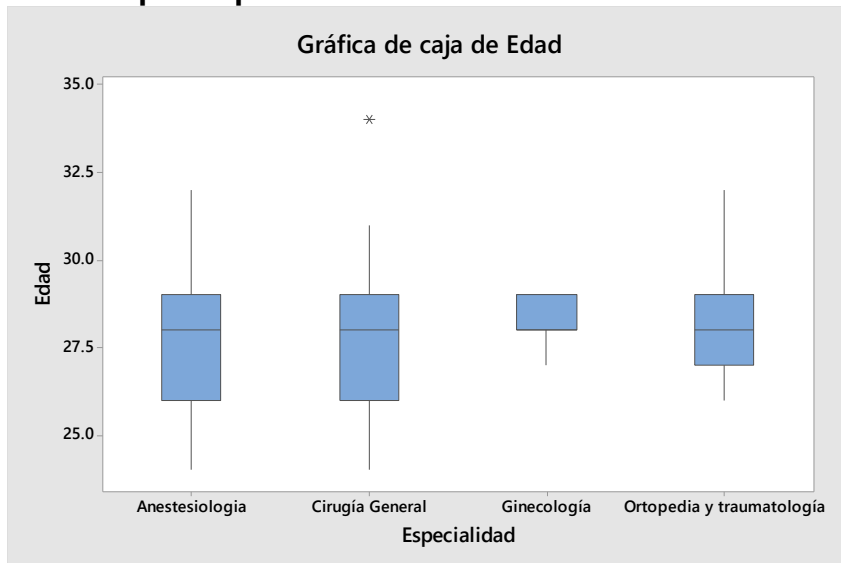
Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

### III. Grado de Residencia



Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

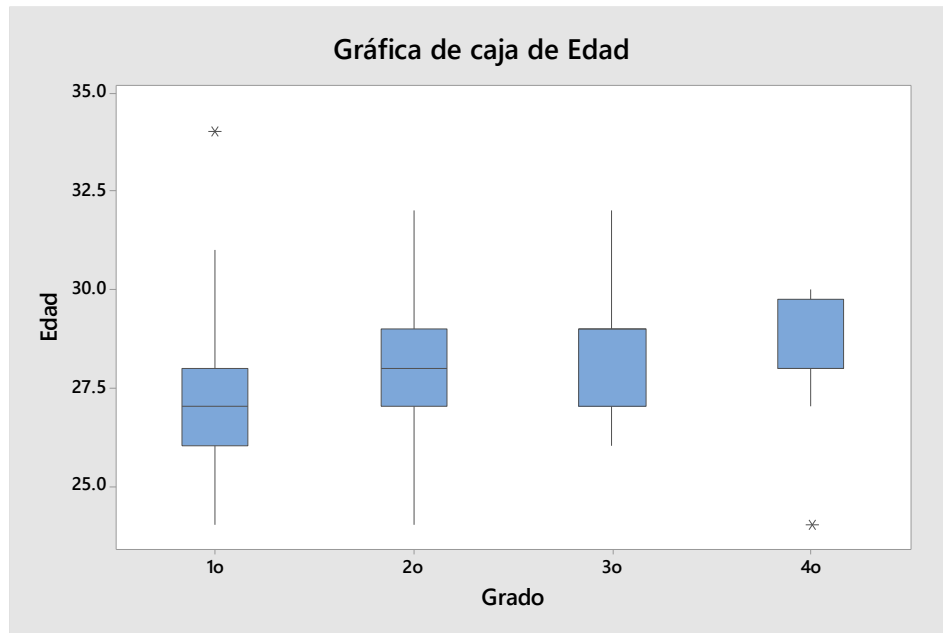
### IV. Edad por especialidad.



Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.



## V. Edad por Grado de Residencia.



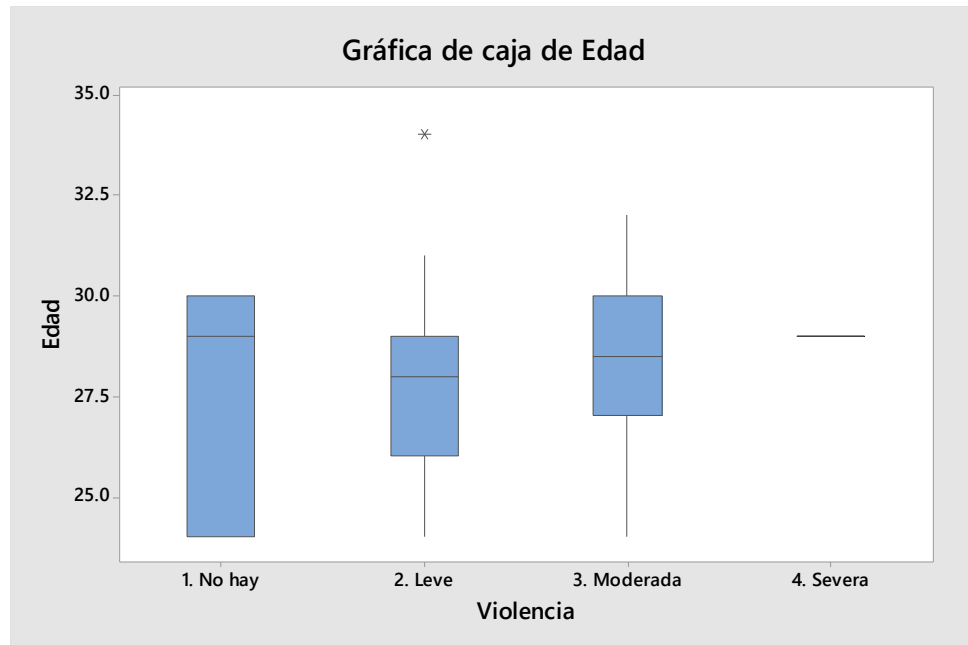
Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

## VI. Presencia de Violencia en Médicos Residentes

Violencia	Conteo	Porcentaje
1. No hay	3	1.86
2. Leve	95	59.01
3. Moderada	62	38.51
4. Severa	1	0.62
N=	161	

Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

## VII. Presencia de Violencia por edad.



Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

## VIII. Frecuencia de responsables que ejercen algún tipo de maltrato sobre los médicos residentes.

Categoría	Frecuencia (%)
Residentes de mayor jerarquía	150 (93%)
Médico adscrito	120 (74%)
Jefe de servicio	50 (31%)
Otro personal	30 (18.6%)

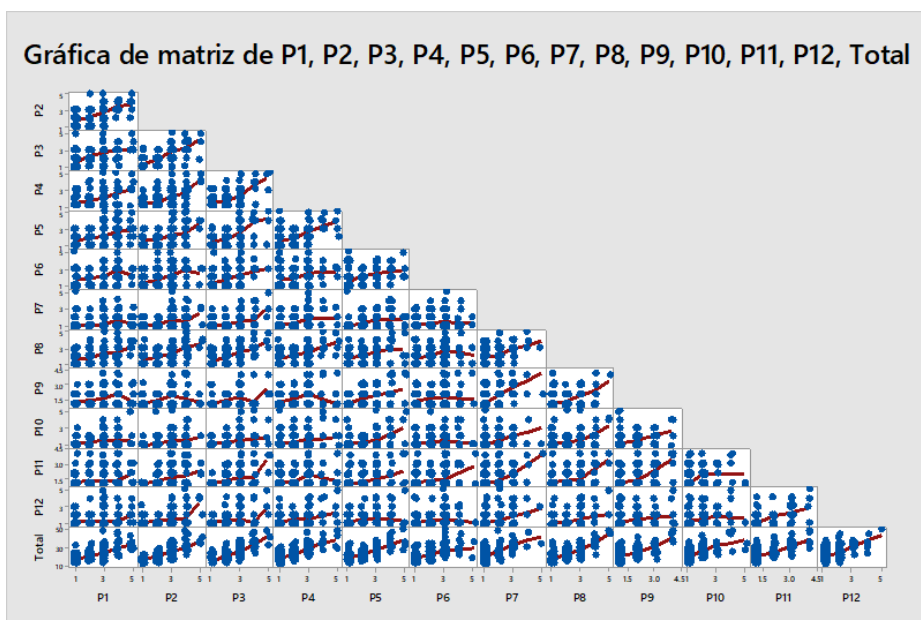
Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

**IX. Frecuencia de presentación de cada una de las situaciones encuestadas.**

	Frecuencia
¿Ha sido criticado por no realizar tareas administrativas?	43.7%
¿Ha sido criticado o humillado públicamente por sus errores?	42.3%
¿Ha observado falta de respeto al trabajo realizado?	40.8%
¿Ha recibido guardias como castigo?	32.7%
¿Ha sido privado de satisfacer sus necesidades fisiológicas (comer, dormir) por causas, a su juicio injustificables?	35.5%
¿Ha corroborado que su trabajo ha sido utilizado en beneficio de otro?	35.1%
¿Ha sido amenazado con algún daño físico?	25.2%
¿Ha recibido gritos?	36.6%
¿Ha recibido golpes o empujones?	27.4%
¿Ha recibido otra forma de violencia física?	25.3%
¿Ha recibido comentarios desagradables respecto a su nacionalidad, raza, religión, preferencia sexual?	25.5%
¿Ha recibido comentarios sexuales sobre su cuerpo o parte de él?	25.5%

Fuente: Encuestas realizadas a médicos residentes.

## Alfa de Cronbach



## Estadísticas totales y de elementos

Variable	Conteo		
	total	Media	Desv.Est.
P1	161	2.627	1.089
P2	161	2.540	0.975
P3	161	2.453	0.908
P4	161	1.963	1.042
P5	161	2.130	1.025
P6	161	2.112	0.981
P7	161	1.516	0.837
P8	161	2.199	0.961
P9	161	1.646	0.825
P10	161	1.522	0.830
P11	161	1.534	0.844
P12	161	1.534	0.822

Total	161	23.776	7.303
Total	161	47.553	14.606

### Alfa de Cronbach

<u>Alfa</u>
0.7595

### Estadísticas de elementos omitidas

Variable omitida	Media total ajustada	Desv.Est. total ajustada	Correlación total ajustada por elemento	Correlación múltiple cuadrada	Alfa de Cronbach
P1	44.925	13.988	0.5415	1.0000	0.7419
P2	45.012	13.903	0.7052	1.0000	0.7363
P3	45.099	13.945	0.7132	1.0000	0.7378
P4	45.590	13.858	0.7000	1.0000	0.7348
P5	45.422	13.908	0.6613	1.0000	0.7371
P6	45.441	14.088	0.5038	1.0000	0.7456
P7	46.037	14.095	0.5925	1.0000	0.7445
P8	45.354	13.959	0.6547	1.0000	0.7390
P9	45.907	14.109	0.5842	1.0000	0.7451
P10	46.031	14.114	0.5739	1.0000	0.7454
P11	46.019	14.075	0.6113	1.0000	0.7436
P12	46.019	14.142	0.5455	1.0000	0.7467
Total	23.776	7.303	1.0000	1.0000	0.8774

Se aplicó un Alfa de Cronbach para validación y consistencia de nuestro cuestionario con escala tipo Likert. Con obtención de un alfa de Cronbach efectivo para un análisis de confiabilidad en la utilización de esta encuesta entro de los parámetros de buena consistencia interna 0.7-0.9.

## DISCUSIÓN

Esta investigación muestra la presencia de violencia sobre los médicos residentes. El 97.5% refirió haber recibido algún tipo de violencia durante su formación académica como médico especialista.

Se encontró un nivel de violencia similar al de países como Argentina, Estados Unidos, Reino Unido y Canadá. <sup>15</sup>

Se identificó que las críticas por no realizar tareas administrativas, ocupa uno de los porcentajes más altos, con un 43.7%, si bien existen responsabilidades en los médicos residentes, las situaciones administrativas, no son una de sus obligaciones; sin embargo, lo hace, y muchas veces reciben críticas sobre su trabajo y su persona.

*“...Existen críticas no constructivas sobre nuestro trabajo, en varias ocasiones, me han roto múltiples notas frente a compañeros de otros servicios, he recibido insultos, como eres un inútil e incompetente...”(anónimo).*

El 42.3% Humillados públicamente por sus errores. 40.8% han observado faltas de respeto al trabajo realizado. *“...Salte del quirófano, no sirves para nada...” (anónimo).*

Se reportó un 32.7% que refieren haber realizado guardias como castigo, si bien sabemos los turnos son de más de 36hrs laborando; las guardias de castigo implican más horas agregadas; lo cual se ve reflejado en el desgaste físico del médico residente y por lo tanto bajo rendimiento laboral y académico.

*“... Me he quedado toda la semana castigado en el hospital” ... (anónimo).*

*“...No aplica como guardia de castigo, pero salir diario a las 11:00pm o 01:00am, para entrar a las 05:00am también es castigo” ...(anónimo).*

*“...Hoy te quedas guardado” ... (anónimo).*

El 35.5% refiere haber sido privados de satisfacer sus necesidades fisiológicas, a causa de juicio injustificable. El 35.1% han corroborado que su trabajo ha sido utilizado en beneficio de otro. Se identificó que un 25.2% ha sido amenazado con algún daño físico. *“...Si no te apuras te daré un pinzazo” ... (anónimo).*

*“...En múltiples ocasiones me han dicho que merezco recibir un golpe por mi incompetencia” ... (anónimo).*

Un 36.6% han recibido gritos. *“... eso es común, pasa todo el tiempo” ... (anónimo).*

El 27.4% de los residentes encuestado ha recibido golpes o empujones. *“... en una ocasión recibí un empujón por parte de mi médico adscrito, por no responder a una pregunta, mientras realizaba un procedimiento invasivo” ... (anónimo).*

Un 25.3% refiere haber recibido otro tipo de violencia física, no especificada.

El 25.5% han recibido comentarios desagradables, respecto a su nacionalidad, raza, religión, o preferencia sexual. El 25.5% ha recibido comentarios sexuales sobre su cuerpo.

*“... he sido acosada por residentes de mayor jerarquía, con amenazas de castigos...” (anónimo).*

Las experiencias vividas y relatadas por los médicos residentes de manera anónima, basándonos en la ley de datos personales<sup>28</sup> son similares a las de residentes de otros países, como Argentina. <sup>14</sup> Se identificaron las situaciones de violencia ejercida principalmente por médicos residentes de mayor jerarquía en un 93%, seguida del médico adscrito 74%, jefe de servicio 31%, otro personal 18.6%.

Este tema se ha estudiado desde la década de los 80s, investigaciones académicas y condiciones laborales en la que se encuentran los médicos, a lo largo de su estudio se ha visto maltrato, discriminación y abusos hacia el residente. <sup>14</sup>



En este estudio la ciudad de México no ha sido la excepción encontrándose presencia de violencia y casos específicos de agresión sobre los médicos residentes.

Se reportó en este estudio un índice de grado de violencia por escala tipo Likert con presencia de *Violencia Leve* en un 59.01%, *Moderada* 38.51%, *Severa* 0.62%, y un 1.86% que no hay violencia.

Según nuestra hipótesis podemos darnos cuenta que en verdad existe presencia de violencia ejercida sobre los médicos residentes de la SEDESA de la CDMX.

Al igual que en otros países y culturas, el maltrato está originado de una estructura del proceso de aprendizaje, asociada a los paradigmas educativos. La adjudicación de tareas como castigo y la obligación de realizar trabajos no médicos, son frecuentes. Su origen parece fundamentarse en el convencimiento que cierto nivel de maltrato forma parte del proceso de aprendizaje.<sup>14</sup>

De acuerdo de la carta de los derechos generales del médico, emitida por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico<sup>18</sup> ofrece un marco ético general, para garantizar el ejercicio profesional en condiciones de respeto y libertad. Está basada en el principio de autonomía y en la dignidad tampoco respeta el derecho a recibir un trato respetuoso y tener acceso a educación de calidad.<sup>2</sup>

Los maltratos hacia el médico residente afectan su dignidad, ya que no es tratado como un fin en sí mismo, sino que se instrumentaliza, se deshumaniza, no se procura su desarrollo académico, profesional y personal.<sup>2</sup>

Dada la presencia de violencia ejercida sobre el médico residente, podemos ver consecuencias negativas de esto, entre ellas errores médicos y falta de calidad en la atención del paciente.

La formación académica de los médicos, es fundamental en la infraestructura de los servicios de salud, esta tiene que desarrollarse con principios éticos y humanistas para alcanzar los objetivos en educación y en la calidad de atención con el paciente.

## CONCLUSIONES

En este estudio se encuentra que existe presencia ejercida sobre los de médicos residentes la SEDESA de la CDMX. Entre las especialidades encuestadas se logró identificar maltrato en forma regular, psicológico, físico y emocional; causando afección sobre su dignidad como personas. Las consecuencias, como depresión, ansiedad, deserción de la especialidad, bajo rendimiento académico; afectan su calidad de atención con el paciente. Se identificó que los principales responsables de esto son los residentes de mayor jerarquía, siguiendo patrones “educativos” erróneos. La residencia médica considerada como el mejor método de capacitación de postgrado, por lo que lo más conveniente es realizar cambios necesarios para desaparecer los aspectos erróneos en la misma. Los médicos residentes deben ser tratados con dignidad, respeto y consideración; cabe mencionar que esto es sin deslindarlos de sus obligaciones correspondiente.

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- Identificar y atender oportunamente a los médicos residentes que estén presentado situaciones de violencia, sin ser juzgados, ni criticados.
2. Romper con paradigmas y patrones educativos que creen que la mejor manera de enseñar es con maltrato.
- 3.- Crear consciencia en los residentes de mayor jerarquía para fomentar la confianza y el respeto entre todos los grados. Y sancionar a quien lo practique.
- 4.- Implementar programas de Bioética con la participación de médicos residentes.
- 5.- Reforzar los programas educativos con cuestiones de humanización y ética.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Valdez B. *Con síndrome de Aniquilamiento 43% de Médicos Residentes*. 2017 [consultado 2018 may 01]. Disponible en [www.Milenio.com/cultura/médicos-residentes-síndrome de aniquilamiento](http://www.Milenio.com/cultura/médicos-residentes-síndrome-de-aniquilamiento).
2. Derive S, Casas-Martínez M, Obrador-Vera G, Villa A, Contreras D. *Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético*. Rev Invest Med Facmed Mex. 2017; 1.
3. Baldwin D, Daugherty S, Eckenfels E. *Student Perception of mistreatment and harassment during medical school. A survey in ten United States schools*. West J Med. 1991; 155:140-5.
4. Avila-Morales C. *La Deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional*. Iateia 2017;30(2):216-29.
5. Osguera-Rodríguez J. *El humanismo en la educación médica*. Educación [internet] 2006 [consultado 2018 May 01]; 30 (1):[51-63]. Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educación/artivle/view/1794/1767>.
6. Arango-Agudelo S, Castaño-Castrillon JJ, Henao Restrepo CJ, Jiménez-Aguilar DP, Lopez-Henao AF, Paez-Cala ML. *Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia)* Archivos de medicina [Internet] 2010 [consultado 2018 may 01]; 10 (2):[110-26]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819503002.pdf>.
7. Loayssa-Laraa JR, Ruiz-Moralb R, Garcia-Campayoc J. *¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados) con sus pacientes?* Aten Prim. 2009;41 (11):646-9. DOI 10.1016/aprim.2009.01.005.
8. Frankel J. *Exploring Ferenczi's concept of identification with the agresor. Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship*. Psychoanal Dialogues. 2002;12 (1)101-39.
9. Gaufberg EH, Beatlden M, Sands R, Bell SK. *The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections* Acad Med. 2010; 85(11):1709-16.
10. Hernández-Rojas G. *Módulo Fundamentos del Desarrollo de la Tecnología Educativa (Bases Psicopedagógicas)* Unidad 1. Paradigmas de la Psicología Educativa. México: ILCE-OEA 1997.
11. Kami C. *La autonomía como objetivo de la educación; aplicaciones de la teoría de Piaget, en: Infancia y aprendizaje*. 29.
12. Delors J. *La Educación encierra una Tesoro*, Informe a la UNESCO de la comisión internacional sobre la Educación para el siglo XXI.

13. Ortiz-León S. *Experiencias de maltrato y hostigamiento en Médicos Residentes*. Cir Cir 2014 82:290-301
14. Cartas al Comité de Redacción. *Maltrato durante la Residencia Médica*. Med Buenos Aires, Argentina 2001; 31:114-20.
15. Mejía R, Diego A, Alemán M, Maliandi R, Lasala F. *Percepción de Maltrato durante la capacitación de Médicos Residentes*. Med Buenos Aires, Argentina 2005; 65: 295-301.
16. Carrillo-Esper R, Gómez-Hernández K. *Bullying durante el pre-posgrado de la formación médica*. Rev Invest Med Sur México 2014; 21:172-176.
17. Chávez-Rivera A, Ramos-Lira L, Abreo-Hernández L. *Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina* Gac Med Mex 2016; 12: 796-811.
18. Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *Carta de los Derechos generales de los Médicos*, México 2011.
19. Mukesh K, Madhur V, Timeresh D, Geeta P, Jugal K, Arum P. *A Study of workplace violence Experienced by Doctors and Associated Risk factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi India*. Journal of Clinical and Diagnostic Research. India, 2016; vol-10; 1-9.
20. Amel F, Waleed A, Saba D, Riyadh K. *The impact of violence on Iraqi junior doctors*. 2017 (5) 17-21.
21. Ananye K. *Violence Against Doctors: A subtle violation of Human Rights*, 2017; 1-3.
22. Resident Doctors of Canada. Position paper, *Optimizing a positive work environment by Addressing intimidation and Harassment*, 2015.
23. Anand T, Grover S, Kumar R, Kumar M. *Workplace violence against resident doctor in a tertiary care hospital in Delhi*. Natl Med J India, 2016; 29(6), 344-348.
24. Mantzburanis G, Fafliora E, Bampalis V, Christopoulou I. *Assessment and analysis of workplace violence in a Greek Tertiary Hospital*. Ach Environ Occup Health, 2015; 70(5), 256-264.
25. Terzoni S, Ferrara P, Comelli R, Ricci C, Oggioni C. *Violence and unsafety in major Italian hospital: experience and perceptions*. Med Lav, 2015; 22, 403-411.
26. Wax J, Pinette M, Cartin A. *Workplace violence in Health care-it's Not "Part of the Job"*. Obstet Gynecol Surv, 2016, 17(7), 427-434.
27. Vázquez S, Nuevo diccionario de Bioética, Ed. Monte Carmelo, segunda edición 2012.
28. *Ley Federal de Protección de datos personales*, México 2010.