



Sobre el currículo oculto: del buen médico, la jerarquía y el maltrato*

On the hidden curriculum: the good doctor, the hierarchy and the mistreatment

Sobre o currículo oculto: o bom médico, a hierarquia e os maus-tratos

Lina María Osorio Cock¹; Daniela Muñoz Henao²; Carlos Enrique Yepes Delgado³; Ángela Sophia Ruiz Mazuera⁴; Guillermo Javier Lagos Grisales⁵; Federico Villegas Cardona⁶; Mario Alejandro León Ayala⁷; Santiago García Betancur⁸; Paola Marcela Trujillo Quintero⁹; Carolina Duarte Blandón¹⁰.

- ¹ Médica y cirujana. Universidad de Antioquia, Colombia. lina.osorio.co@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5591-7954>
- ² Médica y cirujana. Universidad de Antioquia, Colombia. daniela.munozh@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2280-1883>
- ³ Doctor en Epidemiología. Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Colombia. carlos.yepes@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5656-4989>
- ⁴ Médica y cirujana. Universidad de Antioquia, Colombia. sophia.ruiz@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2766-905X>
- ⁵ Magíster en Salud Pública. Universidad Tecnológica de Pereira, Colombia. glagos@utp.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6612-9868>
- ⁶ Médico. Universidade Federal Fluminense, Brasil. fvillegas@utp.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5844-8743>
- ⁷ Médico, Universidad de Antioquia, Colombia. malejandro.leon@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3700-6847>
- ⁸ Médico. Colsubsidio, Colombia. sagarcia@utp.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8559-8210>
- ⁹ Médica. Universidad Tecnológica de Pereira. paola.trujillo@utp.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1305-1889>
- ¹⁰ Médica. Universidad Tecnológica de Pereira. caroduarte@utp.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1498-1044>

Recibido: 19/04/2022. Aprobado: 29/03/2023. Publicado: 11/04/2023

Osorio LM, Muñoz D, Yepes CE, Ruíz AS, Lagos GJ, Villegas F, León MA, García S, Trujillo PM, Duarte C. DSobre el currículo oculto: del buen médico, la jerarquía y el maltrato. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(3):e349435. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349435>

Resumen

Objetivo: Describir las interacciones de algunos estudiantes de dos programas de Medicina en Colombia relacionadas con el currículo oculto. **Metodología:** Estudio hermenéutico, que utilizó la etnografía y la teoría fundamentada, mediante la aplicación de observación participante en cinco escenarios

de práctica y once entrevistas en profundidad. El análisis de los datos se hizo con codificación abierta, axial y selectiva, propias de la teoría fundamentada, lo que generó una matriz del paradigma. **Resultados:** Estudiar Medicina implica hacer parte de una jerarquía desde inspiradora hasta

* Investigación titulada: “Experiencias de los estudiantes de dos programas de medicina en Colombia, en situaciones donde se manifiesta el currículo oculto durante su proceso educativo”. Inscrita en Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Aprobada por el Comité de Ética en Acta 008 del 24 de mayo 2018. Código: F017-00. Fecha de inicio: mayo 2018. Fecha de terminación: marzo 2020.

excesiva. La exigencia de la educación médica por formar un médico incansable e intachable, la competencia para ser admitido a cada rango y el miedo a equivocarse exacerbaban el funcionamiento negativo de la jerarquía médica. Esta jerarquía se basa en el poder del conocimiento que permite el maltrato. Lo anterior desencadena agotamiento, frustración, desinterés y afecta la ética profesional, aspectos que estropean al médico

en formación. **Conclusión:** El currículo oculto determina la formación del médico más que el currículo formal. Reconocer y reflexionar sobre el currículo oculto desde la comunidad académica permite visibilizar, en futuras reformas curriculares, el papel que este desempeña.

-----**Palabras claves:** educación médica, escuela de medicina, currículo oculto, currículo informal, currículo implícito.

Abstract

Objective: To describe the interactions of some students from two Medicine programs in Colombia related to the hidden curriculum. **Methodology:** Hermeneutic study, which used ethnography and grounded theory, through the application of participant observation in five practice scenarios and eleven in-depth interviews. The data analysis was done with open, axial and selective coding, typical of the grounded theory, which generated a matrix of the paradigm. **Results:** Studying Medicine implies being part of a hierarchy from inspiring to excessive. The demand of medical education to train a tireless and blameless doctor, the competition to be admitted to each

rank and the fear of making mistakes exacerbate the negative functioning of the medical hierarchy. This hierarchy is based on the power of knowledge that allows abuse. The above triggers exhaustion, frustration, lack of interest and affects professional ethics, aspects that spoil the doctor in training. **Conclusion:** The hidden curriculum determines the doctor's training more than the formal curriculum. Recognizing and reflecting on the hidden curriculum from the academic community makes visible, in future curricular reforms, the role it plays.

-----**Key words:** medical education, medical school, hidden curriculum, informal curriculum, implicit curriculum.

Resumo

Objetivo: Descrever as interações de alguns alunos de dois cursos de Medicina da Colômbia em relação ao currículo oculto. **Metodologia:** Estudo hermenêutico, que utilizou etnografia e teoria fundamentada, por meio da aplicação da observação participante em cinco cenários de prática e onze entrevistas em profundidade. A análise dos dados foi feita com codificação aberta, axial e seletiva, típica da teoria fundamentada, que gerou uma matriz do paradigma. **Resultados:** Estudar Medicina implica fazer parte de uma hierarquia que vai do inspirador ao excessivo. A exigência da formação médica para formar um médico incansável e irrepreensível, a competição para ser admitido em cada posto

e o medo de errar exacerbam o funcionamento negativo da hierarquia médica. Essa hierarquia é baseada no poder do conhecimento que permite o abuso. O exposto acima desencadeia esgotamento, frustração, desinteresse e afeta a ética profissional, aspectos que prejudicam o médico em formação.

Conclusão: O currículo oculto determina mais a formação do médico do que o currículo formal. Reconhecer e refletir sobre o currículo oculto da comunidade acadêmica torna visível, em futuras reformas curriculares, o papel que ele desempenha.

-----**Palavras-chave:** educação médica, escola médica, currículo oculto, currículo informal, currículo implícito.

Introducción

El currículo ha tenido múltiples concepciones, permeadas por los diferentes contextos históricos desde su origen [1]. Es una elaboración cultural intencionada del ser humano para estructurar la transmisión y construcción de conocimientos [1]. En el área de la enseñanza de la Medicina, el currículo se condensa en el siglo XX, cuando el educador estadounidense Abraham Flexner sugirió la necesidad de homogeneizar el proceso de enseñanza en la medicina [2]. Al mismo tiempo, aparecen conceptos sobre diferentes tipos de currículos, además del oficial [3].

Entre las diversas clases de currículo, cuyas concepciones amplían y profundizan otros autores, llama la

atención el currículo oculto por su disonancia respecto al currículo formal y su impacto en la ética profesional [3]. Actualmente, se concibe el *currículo oculto* como el conjunto de conocimientos, comportamientos y valores aprendidos en las interacciones informales durante la práctica clínica [3,4]. Es una forma de socialización implícita que, tanto en el ámbito del saber médico como en el de la formación de ese saber, enseña a los estudiantes las dinámicas de poder basadas en la asimetría del conocimiento, atravesada por las influencias organizacionales, estructurales y culturales [4,5]. De esa manera, el currículo oculto podría tener mayor influencia que el currículo formal sobre las conductas éticas, morales y profesionales, aunque lo enseñado pudiera incluso llegar

a ser antiético y contrario a los objetivos “formales”. De ahí la importancia de reconocer el currículo oculto para lograr una educación integral [4].

El reconocimiento de la educación médica como una de las bases del sistema de atención sitúa a los estudiantes de Medicina como una población de especial interés para la salud pública, esto, en cuanto supone que el bienestar de los estudiantes será positivamente impactado al tener una adecuada formación. Además, explica el alcance que debería tener cualquier currículo, no solo en el bienestar de los médicos en formación, sino también, en consecuencia, en la salud de los pacientes [6-8].

La intensidad, la complejidad y la naturaleza jerárquica de la educación médica hace que los estudiantes sean más vulnerables a adoptar valores, ya sean positivos o negativos, sin un adecuado proceso de reflexión [6]. Asimismo, las medidas de autoprotección que los estudiantes implementan para evitar el maltrato aumentan el riesgo ocasionado por el síndrome de Burnout, disminuyen la productividad y el diálogo académico, teniendo impactos negativos en la atención de los pacientes [7].

La literatura médica en general reconoce que el currículo oculto tiene un efecto directo en la atención de los pacientes, ya que influencia la profesionalización y la práctica de los principios éticos de los futuros médicos [6]. Las experiencias negativas en relación con el currículo oculto desmotivan a los médicos en formación a elegir desempeñarse en atención primaria y esto contribuye a la falta de personal que enfrenta este sector [8].

Con el fin de estudiar el currículo oculto a partir de la idea de que este está sumergido en las experiencias de los estudiantes, sobresalen las estrategias cualitativas respecto a las cualitativas en su investigación. Aquellas permiten explorar, describir e interpretar significados, experiencias, sentimientos, ideas o creencias, así como conocer un “código no escrito” y la distancia que existe entre este y el código formal.

En Latinoamérica, si bien se han dado fenómenos de aculturación e hibridación de las diferentes teorías curriculares [3], aún son pocos los estudios sobre estas y existe la necesidad de mayor información en nuestro contexto. Por esto, desde una perspectiva hermenéutica, proponemos describir las experiencias de interacción de los estudiantes de dos programas de Medicina en Colombia, en escenarios educativos, en relación con el currículo oculto.

Con este estudio, aspiramos aportar al cuerpo de evidencia nacional e internacional con respecto a la importancia de evidenciar y tener en cuenta el currículo oculto para la generación de cambios de fondo en los procesos de reforma curricular.

Metodología

Esta investigación cualitativa fue realizada por un grupo de estudiantes y profesores del programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Desde el inicio, los investigadores identificaron los supuestos epistemológicos y los aspectos teóricos y metodológicos requeridos, además que tuvieron en cuenta su propia experiencia en el asunto de estudio.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio hermenéutico que, para recoger la información, utilizó las técnicas etnográficas de la observación participante y las entrevistas a profundidad [9,10], y para el análisis de la información recogida, usó técnicas de la teoría fundamentada [11], la cual favorece la generación de conceptualizaciones que facilitan la comprensión de fenómenos de interacción social y pueden perdurar en el tiempo, porque se derivan de relatos recopilados y abstraídos de la experiencia de las personas en un contexto específico, que luego son analizados de manera sistemática por medio de un proceso de comparación constante.

Recolección de información

Inicialmente, se efectuó la *observación participante* en los lugares donde los estudiantes investigadores estuvieron haciendo sus prácticas. Los cuatro escenarios fueron la ronda médica hospitalaria en una institución prestadora de servicios de salud de alta complejidad, cirugía, consulta ambulatoria y seminarios académicos. Este proceso se llevó a cabo mediante el registro de notas sobre sus experiencias por aproximadamente un mes, a finales del 2018, resultando en cinco diarios de campo.

Posteriormente, estudiantes de diferentes semestres de ambas universidades fueron elegidos por los estudiantes investigadores para entrevistarlos, y los invitaron a participar siguiendo como criterios de inclusión el conocimiento previo que tenían de ellos, su proactividad y capacidad de expresión.

Los estudiantes seleccionados no eran alumnos de los profesores involucrados al momento de la investigación. Ninguno de los invitados a participar se negó.

El muestreo del estudio fue inicialmente selectivo e intencionado, pero en la medida en que se avanzó en los análisis se convirtió en teórico, pues se acudió a personas que maximizaron las oportunidades de descubrir variaciones y profundidad en los conceptos, y para ello se seleccionó y entrevistó a un mayor número de estudiantes de último semestre, para favorecer una mayor

experiencia con el currículo respectivo y así profundizar en los aspectos que iban emergiendo.

Los estudiantes entrevistados fueron 7 mujeres y 4 hombres, que al momento de la entrevista tenían entre 20 y 27 años, y eran provenientes de 8 diferentes ciudades de Colombia. Todos ellos eran solteros; 7 viven con su familia, 3 con compañeros o amigos, y uno vive solo. Un estudiante cursaba el 8.º semestre, 5 el 10.º, 1 el 12.º y 4 el 13.º semestre.

Las entrevistas se realizaron durante el año 2019, a partir de un guion semiestructurado, con preguntas abiertas relacionadas con las experiencias de interacción durante la carrera, los actores relevantes involucrados, los escenarios y los momentos que marcaron el proceso de aprendizaje positiva y negativamente. También se indagó por las actividades inter y extracurriculares, los rituales evidenciados, la transmisión generacional de conductas y patrones, y los cambios vividos durante el paso por la respectiva escuela de Medicina.

Para el desarrollo de las entrevistas se propiciaron condiciones de tranquilidad y confianza que favorecieron expresarse con libertad.

Análisis de datos

El análisis se hizo a partir de la transcripción de los cinco diarios de campo y las once entrevistas realizadas, en este último caso, previa verificación de la fidelidad entre lo transcrito y el audio.

Para el análisis de los datos, se usó la codificación abierta, axial y selectiva, además de la construcción de propiedades y subcategorías que fueron el insumo de la aplicación de la matriz del paradigma, propios de la teoría fundamentada [11]. Lo anterior se hizo con Microsoft Word® y Microsoft Excel®.

La codificación de los textos inicialmente fue abierta, por medio del microanálisis línea por línea, identificando incidentes de interacción que permitían generar códigos o ideas cortas más abstractas. Estos códigos fueron agrupados inductivamente en categorías descriptivas, al interior de las cuales se identificaron subcategorías (conglomerados de códigos que comparten un sentido) y propiedades (situaciones explicativas que se construyen a partir de las subcategorías en un nivel analítico mayor y, por lo tanto, tienen mayor alcance).

Posteriormente, se relacionaron esas propiedades y subcategorías mediante la matriz del paradigma, como estrategia central de la codificación axial, para permitir la emergencia del fenómeno encontrado, alrededor del cual surgen su respectivo contexto y causas, sus relaciones de acción-interacción y sus consecuencias [8].

La comparación constante entre relatos, códigos, categorías, referencias teóricas revisadas y abstracciones de los investigadores fue iterativo, interactivo y sistemático [8].

Este proceso fue motivado por la intención de avanzar en densidad conceptual hacia una mayor saturación de las categorías (es decir, cuando la recogida de nuevos datos ya no aportó información adicional o relevante para explicar las categorías existentes o descubrir nuevas categorías), tras identificar la variedad del fenómeno.

Durante el proceso analítico, se trianguló y compararon de forma abierta y continua las diferentes perspectivas de los investigadores, lo que llevó a continuas deliberaciones interpretativas de la información analizada [12].

Finalmente, la codificación selectiva permitió la construcción de una categoría interpretativa, para explicar cómo interaccionan los estudiantes con el currículo oculto, lo cual, más allá de lo descriptivo, proyecta la construcción del significado. Los resultados de esta categoría expresan un fenómeno, las condiciones en las cuales se desarrolla, las relaciones de acción e interacción o las estrategias para enfrentarlo y sus consecuencias, e incluyen trozos de entrevista textuales, seguidos por el género y el semestre que cursaba el informante.

Los resultados fueron compartidos a los entrevistados vía correo electrónico, con la invitación a manifestarse frente a lo allí plasmado, lo que generó un diálogo constructivo que permitió verificar que se vieron allí representados.

Condiciones éticas

Previo a las entrevistas, se concertó la firma de un consentimiento informado y se aclaró el manejo confidencial de la información proporcionada y de la identidad de los entrevistados.

El estudio contó con el aval del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, Acta 008 del 24 de mayo de 2018.

Resultados

A continuación, se presentan los principales hallazgos en los que se obtuvieron 2792 códigos, agrupados en 31 categorías descriptivas: actividades sociales y culturales, apoyo en la carrera, cambio del colegio a la universidad, cambio de municipio, cambios en la carrera, carga académica, chismes, educación médica, experiencia universitaria, facultad vs. ciudad, fracaso académico, horencia, pasatiempos, la facultad donde estudió, maltrato, Medicina y otras carreras, motivación en Medicina, paso de básicas a clínicas, práctica clínica, presión y competencia, universidad privada vs. pública, proceso de admisión, relaciones amorosas, retos en la universidad, sacrificios del estudiante, salud mental, sentimientos, en general de medicina, trato de profesores, universidad diversa, universidad pública. En cada una de estas catego-

rías descriptivas se identificaron propiedades y dimensiones recogidos tanto de los diarios de campo como de la codificación inicial de las entrevistas. Posteriormente, como se dijo se agruparon en la matriz paradigmática que se expone a continuación.

En la Figura 1 se presenta un ejemplo de la relación entre propiedades y sus dimensiones emergidas de las entrevistas y diarios de campo, dando cuenta de la derivación progresiva de los temas y subtemas, y en el Cuadro 1 se muestran algunos códigos seleccionados de los diarios de campo.



Figura 1. Ejemplo de una propiedad y las dimensiones que permitieron su emergencia

Cuadro 1. Algunos códigos surgidos de diarios de campo sobre el currículo oculto

Diario de campo 1:	<p>Sentirse innecesario para el desarrollo de la ronda</p> <p>Ser testigos que el docente se retira del lugar de la ronda sin avisar a los estudiantes</p> <p>Escuchar que el docente menosprecia el derecho a descansar de los internos</p> <p>Vivenciar que una amiga se retira de Medicina porque no aguanta el ritmo y la presión excesiva</p> <p>Presenciar que nadie se manifiesta ante un comentario hostil de un docente</p> <p>Escuchar de una estudiante que se siente intimidada en una ronda por no poder decir "no sé"</p> <p>Escuchar de una estudiante que se siente enjuiciada durante las rondas</p> <p>Evidenciar que en rotaciones clínicas algún docente hace "insinuaciones" e invade el espacio personal de la estudiante</p> <p>Percibir tono de burla del docente por la inexperiencia del estudiante de creerle a un paciente</p>
--------------------	--

Diario de campo 2:	<p>Escuchar buenos o malos comentarios sobre los docentes antes de iniciar una rotación Sentirse motivado a estudiar gracias a una relación agradable con los docentes Haber sido testigo del reiterado retraso del docente y no informa a los estudiantes ni se excusa Sentir que el docente no respeta el tiempo de los estudiantes Escuchar a un docente hablar despectivamente de los pacientes Presenciar que un docente trata de tontos a los estudiantes que no responden sus preguntas Acostumbrarse a esperar de una ronda chistes de mal gusto, eufemismos y maltrato Presenciar que un docente le dice estúpida a una estudiante por preguntar sobre un fármaco Escuchar de un especialista que se deben limitar a remitir pacientes como médicos generales Sentirse mal porque un profesor habla mal de los compañeros y no decir nada</p>
Diario de campo 3	<p>Ser testigo de regaños a compañeros y pacientes por parte del docente por no saber algo Haber visto que se culpabiliza a un paciente por la complicación de un procedimiento Presenciar cómo se ridiculiza a un estudiante frente a sus compañeros por su postura política Acostumbrarse a que un profesor no llegue a ronda y tengan que ir a buscarlo Ver entre compañeros evadir la propuesta de denunciar a un docente por miedo a las represalias Escuchar que cuando uno pone una queja a un administrativo de un docente este no hace nada y le cuenta al profesor Sentirse inoportuno, inútil y que estorba en un servicio, además que su tiempo no vale Presenciar que una médica interna subvalora el trabajo de los estudiantes porque no son turnos largos La regla es que un docente no se interese por condiciones particulares de sus estudiantes; si alguno lo hace, es una excepción y sorprende Ridiculizar al estudiante enfrente de todo el personal asistencial, para luego obviar la agresión y seguir como si nada</p>
Diario de campo 4	<p>Asumir un rol pasivo y mecánico en el proceso de enseñanza por parte del docente Aprender mecánica e intuitivamente en consultas monótonas Observar cómo al profesor le preocupa más el tiempo de la consulta que el resultado Sentir culpa por hacer parte de un entorno que vulnera derechos Sentirse presionado a inventar datos de la historia clínica por no ser medidos previamente Sentirse cómodo por la actitud y el buen ambiente generado por el docente Valorar la presencia y el acompañamiento cercano del docente durante lo asistencial Percibir que la comunicación docente-estudiante es facilitada por la confianza Valorar el interés demostrado como factor clave de un “buen docente” Responder de manera violenta y tajante ante la ignorancia de un estudiante</p>
Diario de campo 5	<p>Sentirse que estorba en la ronda y no sentirse escuchado Percibir naturalización de la violencia en el acto médico Percibir que se vulnera el derecho a la intimidad y al consentimiento informado Ridiculizar al estudiante cuando no sabe la respuesta Imposibilitar la interlocución evitando que el estudiante hable Ser testigo de la comparación del paciente con un animal Ser testigo de la burla de una condición del paciente por el docente Disimular desacuerdo con el docente para no ser desacreditado o señalado Arrepentirse de tratar mal a un paciente para no desentonar entre el grupo de trabajo Sentirse ridiculizado y excluido por el cirujano</p>

Desde el currículo oculto, estudiar Medicina implica hacer parte de una jerarquía desde inspiradora hasta excesiva

De acuerdo con los participantes, los profesores son una fuente de inspiración que influye en el futuro profesional de los estudiantes. El “buen profesor” enseña de manera académica, práctica, didáctica y, sobre todo, apasionada; tiene una buena relación con el estudiante y lo guía en el aprendizaje. De ahí que estimula a sus estudiantes, facilita el desarrollo de capacidades, transmite más que conocimientos, cambia la percepción sobre la medicina, los propios sueños e, incluso, impacta otros aspectos de la vida.

[...] [el profesor] fue como esa persona que me puso la chispita, la semillita de “por favor, sea sensible” [Mujer 25 años – 10.º semestre].

La calidad de la relación del estudiante con el profesor es clave al definir la naturaleza de la impronta: va desde aquella donde el estudiante aprende de manera pasiva, monótona y sin interacción, hasta relaciones donde hay aprendizaje activo y acompañamiento intencionado. La motivación de ambos actores modifica la dinámica del proceso formativo.

Esta profe se preocupa por el bienestar de los estudiantes [...] nos exigía mucho; pero por tener solo esa parte de ser tan sensible con nosotros, yo me exigía más para estudiar más [...] [Hombre 27 años – 13.º semestre].

El estudiante no suele poder elegir al profesor, pero este tiene el poder de decidir sobre aquel. Los estudiantes perciben que sus quejas sobre los profesores no tienen efecto, ni son bien recibidas, y el único camino para avanzar es resignarse con temor y escalar en la jerarquía que empieza en los primeros semestres, pasando por los residentes en orden ascendente, hasta los especialistas, y se suma a la presión por especializarse. Igualmente, la obediencia a la jerarquía se aprende y transmite por el ejemplo, donde las escalas superiores tienen derechos que las inferiores no tienen e imponen su posición sobre los grados menores, incluso hasta llegar al maltrato como expresión resultante de la lógica del poder del conocimiento.

La profesora nunca se dirigió a nosotros, ella hablaba era con la residente [...] estando nosotros al lado de ella [...] Incluso le dijo a la residente que nos sacara del consultorio [...] como si le disgustara que estuviéramos ahí [Mujer 22 años – 10.º semestre].

El maltrato de los profesores a los estudiantes se manifiesta en críticas burlescas, despectivas, destructivas, con augurio de ser malos médicos, hasta intromisiones en la intimidad de los estudiantes. El maltrato es un secreto público del que se es cómplice y se soporta por temor a las represalias tomadas por el docente en la evaluación. Se aprenden a tolerar estas conductas, que se refuerzan por el ejemplo, se repiten y se transmiten ante la falta de cuestionamientos, que llevan a normalizar el maltrato incluso hacia los pacientes, siempre y cuando el proceso académico continúe.

Supernormal al respecto [maltrato] y la universidad no hace absolutamente nada [...] nadie hace nada, y es algo como que se hereda, y entonces llegan nuevos residentes, nuevos internos y todos aprenden de esa persona que no dice nada [Mujer 25 años – 10.º semestre].

Del mejor bachiller a la contienda por ser “el buen médico”

El proceso formativo de los estudiantes discurre en la universidad y los diferentes espacios de atención en salud, donde terminan pasando incluso más tiempo que en sus propias casas, lo que genera sentido de pertenencia. La universidad propicia un ambiente de apertura hacia las demás personas, sin importar las diferencias. Sin embargo, también se crean grupos pequeños, con tendencias excluyentes, según la procedencia de colegio, ciudad, estrato socioeconómico y semestre, y donde el intercambio de las anécdotas ajenas cumple un papel protagónico en la socialización.

Mi cohorte en especial, hubo mucha división de poderes [...] los que salen de ciertos colegios se juntaban entre ellos, los que venían de otro lugar del país se juntaban entre ellos y así se iban haciendo como

grupos de gente que no se hablaban [Mujer 25 años – 10.º semestre].

Elegir estudiar Medicina no es siempre una decisión certera, es una búsqueda con múltiples consideraciones: la familia, en especial si en ella hay profesionales de la salud; las dificultades en la admisión, que requieren una preparación adicional previa; la alta carga académica, con los sacrificios en la vida personal y los altibajos emocionales; la responsabilidad sobre la salud de otros; el elevado costo monetario; la reputación de las diferentes universidades; el estatus que promete la profesión; sin olvidar la sentida o no vocación profunda de entender y asistir al ser humano, incluso más allá del consultorio. Finalmente, la elección es ratificada por sentimientos de plenitud, que marcan la vida al permitirle su aprendizaje y ejercicio.

Me encanta el ambiente clínico, el contacto con los pacientes [...] pero realmente fue algo como que siempre quise, como que siempre estuvo en mí [Hombre 20 años – 10.º semestre].

Esa fama es algo que ya la gente tiene muy introjectado, incluso desde antes de entrar a la universidad, y también creo que mucha gente entra a Medicina como por ego y estatus, más que por cualquier otra cosa [Mujer 25 años – 10.º semestre].

El cambio del colegio a la universidad es una experiencia drástica, que varía según las condiciones previas de cada estudiante. Modificaciones en la rutina, el nivel de independencia, la exigencia académica, relaciones con compañeros y profesores, e incluso el cambio de ciudad pueden resultar tan tenebroso como satisfactorio. Los estudiantes que eran los mejores del colegio ahora se enfrentan a la sensación de no ser tan buenos y que deben esforzarse más para enfrentar los nuevos retos.

El hecho de pasar de tener las mejores notas, a de pronto no ser tan bueno, a pesar de que uno se esforzara mucho, fue un choque difícil, así como encontrar un método de estudio, organizar los horarios, pues, como no olvidarse de hacer otras cosas a parte de estudiar. Sentí que la carrera me absorbió y ya no salía tanto con mis amigos, no seguí haciendo otras cosas [Mujer 24 años – 13.º semestre].

La Medicina es una carrera muy exigente académicamente, donde es difícil tener buenas calificaciones. Los estudiantes admiran al compañero que más se esfuerza sin importar el costo. El promedio es un factor protagonista y público, que define a los buenos y malos estudiantes, según lo cual también se valoran los compañeros. Se lucha toda la carrera con el miedo y la presión de no ser suficiente, y con la frustración cuando el esfuerzo no se ve reflejado en las calificaciones.

La comparación es el instrumento de la competencia. La Medicina saca la parte más competitiva y egoísta

de los estudiantes, buscando tener ventaja sobre los que consideran sus rivales, dispuestos a sacrificar lo que se requiera del ser humano: desde su vida social hasta necesidades básicas como dormir.

Un modelo de evaluación que hasta el momento premia la nota, los mejores tienen mejores oportunidades de intercambio, tiene más participación en proyectos de investigación, matrícula de honor, entonces la competencia que se maneja. Tienen alguna información y no lo comparten [...] yo no sé si es porque realmente se sienten inferiores o porque piensan que es una manera de destacar [Hombre 20 años – 10.º semestre],

Es un ambiente de mucha competencia y la gente es: “¿Vieron la lista de los parciales? ¡Ay!, miren lo que sacó tal persona [...]”. A la gente le interesa más la nota del resto, que a veces la de ellos [Mujer de 23 años – 13.º semestre].

El buen médico es un ser humano integral y empático que orienta a los pacientes en su proceso salud-enfermedad. Evita al máximo cometer errores sobre la salud de otros, no se cansa de servir, no tiene otra vida fuera de lo profesional, so pena de no ser buen médico. Tiene, además, la competencia para resolver los casos en el tiempo estipulado, aun cuando tiene conocimientos limitados, ya que el especialista es solo para casos seleccionados.

Estas altas expectativas se refuerzan en el pregrado, al enfrentarse a estándares demasiado altos y a una competitividad exagerada, en un ambiente de poca tolerancia al error, siempre bajo el riesgo de ser juzgados duramente. Posteriormente, el imaginario se materializa en los médicos en formación, quienes lo replican con un aire de superioridad, como si ser médicos los distara de ser humanos. Así, el imaginario hecho realidad se perpetúa.

No duerme, no tiene tiempo de comer [...] esa idea, es algo que uno acepta [...] tú tienes que terminar con todas tus obligaciones y cumplir todas tus tareas, aunque eso signifique que tengas que sacrificar tu almuerzo, que tengas que sacrificar tu ida al baño [...] y es algo que nadie le enseña a uno, sino que, uno aprende al ver a los otros [...] Si cualquier otra persona de cualquier otra carrera se equivoca, pues, bueno, se equivocó; si yo me equivoco, mato un paciente [Mujer 24 años – 13.º semestre].

Médicos en formación, seres humanos en deconstrucción

La formación médica tiene momentos distintivos que marcan el estudiante: ser admitido, el primer día de clases, la “primiparada”, la primera vez que se usa la bata blanca, la primera visita al hospital, el juramento hipocrático, examinar el primer paciente, atender el primer parto, la primera necropsia, presenciar la primera muer-

te. Son momentos significativos, cargados de profundas emociones, que marcan el desarrollo profesional.

Fui a la morgue; eso me cambió demasiado, pues, no sé, me hizo ver la simplicidad del ser humano. Como al final todos somos iguales, todos vamos al mismo lugar [Hombre 23 años - 12.º semestre].

Los primeros semestres tienen una carga académica pesada, alejada de la expectativa de atender pacientes, donde el estudiante debe aprender a organizar el tiempo y encontrar métodos de estudio que le permitan abordar un conocimiento extenso.

El encuentro con el paciente en el área clínica y toda su realidad parte la carrera en dos. La teoría se pone a prueba, cobra sentido y se funde con la práctica.

La realidad puede distar enormemente de la teoría y hacer notar que cada paciente es un universo aún por entender.

Se reaviva el sentido del estudio en su máxima expresión, por la descarga de emociones, y se continúa el aprendizaje más de cerca al paciente.

El inicio de las materias clínicas es retador, más aún en su consumación durante el internado: hay mayor carga académica, asistencial y emocional, pero se hace más evidente el sentido de la profesión, la responsabilidad, se aprende y se disfruta más.

Después llegué a quinto semestre y como que la vida cambió, porque ahí uno veía los pacientes y uno decía como que ¡ah!, era por esto, o sea, esta vaina que estudié durante 2 años [...] uno ve el paciente y uno entiende absolutamente todo [...] Se siente diferente vos hacer algo por alguien, que hacer algo por un papel o por una nota [Mujer 25 años – 10.º semestre].

Por otro lado, los estudiantes disfrutaban de actividades fuera de la Medicina, donde se integran con otros estudiantes, salen de la rutina y disminuyen el estrés. La carrera necesita espacios diferentes a los académicos, que sean un apoyo para sortear las dificultades, que distraigan de las obligaciones cotidianas y que deconstruyan la idea de formación vinculada únicamente a los componentes teóricos.

Me gusta pasear... hacer ejercicio... salir... y muchas veces no he podido hacer estas cosas por Medicina. Llega un momento en que yo digo: “no voy a estudiar más” [...] porque quiero compartir con mi familia, con mi pareja, con mis amigos o hay días que quiero echarme a dormir [...] y no me importa, pero eso tú lo adquieres con el tiempo [Hombre 27 años – 13.º semestre].

Durante el proceso formativo, se recurre a diferentes estrategias que permiten soportar las cargas emocionales que implica ser estudiante de Medicina. En esta exploración de herramientas de supervivencia universitaria, los estudiantes consolidan sus relaciones familiares en torno

al desarrollo del proceso formativo y fortalecen vínculos con sus compañeros, que van desde el suministro de información o material valioso para la vida académica, haciendo de esto incluso una práctica que se transmite generacionalmente, hasta compartir tiempos libres, considerándolos su nueva familia.

Muchos, además, encuentran su primer amor durante la carrera, convirtiéndose este en un apoyo no solo académico, sino también emocional, aunque corren el riesgo de que la Medicina sea su única realidad.

Finalmente, en los casos que estas herramientas no son suficientes, algunos estudiantes requieren soporte en profesionales de la salud mental.

Mis papás [...] siempre han estado ahí muy pendientes [...] no me presionan, ellos me sacan cuando estoy ya con demasiada carga para que haga otras cosas, ellos han sido un apoyo impresionante [Mujer 23 años – 10.º semestre].

Los que más han influenciado en ese proceso mío son mis compañeros y mis amigos [...] uno no tiene nada seguro en la vida, pero yo estoy segura de que voy a tener amigos que van a ser para toda la vida [Mujer 24 años – 13.º semestre].

La universidad como escuela para la vida

La experiencia universitaria es una carga difícil y llena de tropiezos para algunos estudiantes. La presión de no ser suficientemente buenos médicos, buenas personas, buenos profesionales, buenos estudiantes... y el miedo a equivocarse, desconocer, ser ridiculizados o reprendidos limita su participación y los somete a asumir un rol pasivo en su proceso formativo.

Es frecuente, además, la deserción de actividades extracurriculares, debido a la alta carga académica, el agotamiento mental, la falta de tiempo, e incluso los costos. A pesar de organizar y tratar de exprimir el tiempo para no renunciar a estas, se termina sacrificando la cotidianidad fuera del hospital o la universidad.

Como consecuencia de este abandono, el aislamiento, la presión, la competitividad, el egoísmo, la frustración y el estrés empeoran, convirtiéndose en un círculo vicioso que tiene un impacto negativo en la esfera emocional de los estudiantes. Esta situación contribuye a una baja autoestima, la aparición de trastornos mentales desatendidos y, finalmente, mayor susceptibilidad al maltrato.

Digamos no dormir bien, no alimentarse bien, cargar con ciertas frustraciones [...] todo eso conlleva a desarrollar algún problema ahí de salud mental [Mujer 23 años – 8.º semestre].

El maltrato suscita diversas respuestas en quienes lo padecen, desde asumirlo como un episodio normal y necesario de la formación médica, hasta silenciar a aquellos que lo perciben como inaceptable. Este acon-

tecimiento, sumado a la competitividad y los sacrificios realizados durante la carrera, desmotivan al estudiante, le generan sentimientos de aversión, frustración, temor, rabia y tristeza, impulsándolo incluso a la deserción.

A pesar de que los estudiantes rechazan la normalización del maltrato, se prometen no ser victimarios y aspiran a contribuir a la expulsión de quienes lo ejercen. El maltrato sigue siendo reconocido como uno de los mayores problemas de la educación médica.

Hay docentes que le dicen: “¡Ah, usted no sabe nada!”, cuando uno hizo su mejor esfuerzo, o “¡Yo nunca me dejaría atender de una persona como usted!”, delante del paciente. Entonces, son comentarios que en ese momento a uno lo desmotivan muchísimo [Hombre 20 años – 10.º semestre].

Hice un ataque de pánico frente a ella [la profesora] y ella no me trató bien [...] dijo que es que uno podía sufrir de lo que quisiera y tener de lo que quisiera, pero que si yo estaba estudiando Medicina, tenía que atenerme [Mujer 23 años – 10.º semestre].

Por otro lado, encontramos experiencias de estudiantes que se adaptan con el tiempo a la carga académica, la presión y la competencia, especialmente cuando comienza la práctica clínica. Aprenden a manejar grandes cantidades de información, con disciplina y organización del tiempo. Reconocen que la Medicina es una carrera difícil, que requiere aprender a conocer los propios límites y encontrar un equilibrio para cuidarse primero a sí mismo. En ese sentido, entienden que la percepción de sí mismos y de sus habilidades no puede depender de la opinión de los docentes y reconocen la misma lucha en sus compañeros. Aprenden a ser buenos compañeros, entendiendo que cada uno tiene un ritmo de aprendizaje diferente y deseando para los demás lo mismo que quieren para sí mismos.

Cuando uno está empezando en la carrera, esa relación de poder que ejercen los docentes en uno genera mucho estrés [...] y ese malestar que me generaban algunos docentes por sus comentarios de ronda o por la forma como evaluaban, yo creo que ha ido cambiando, yo pienso que ahora ya no tienen ese poder sobre mí [Hombre 20 años – 10.º semestre].

Uno hace como las paces con uno mismo [...] si la gente no hace las paces y tienen que sacar siempre 5, pues se enloquecen [...] uno debe tener un equilibrio [...] pero uno entiende que para ser médico también tiene que ser una persona [Mujer 23 años – 13.º semestre].

La experiencia universitaria transforma los intereses, el pensamiento y hasta el proyecto de vida de los estudiantes, ya que les permite descubrirse, reconocer sus emociones y sentimientos, reafirmarse en la construcción de su nueva etapa como adultos y en la práctica

crítica de su profesión. Estudiar Medicina implica, para ellos, una interacción constante con la otredad y el sufrimiento, lo que los motiva a la formación de relaciones humanas más fuertes y trascendentales.

La universidad llega a ser para los estudiantes un escenario tan hostil como esperanzador, que les permite una experiencia enriquecedora que sobrepasa la mera adquisición de conocimientos. Es un refugio para los sueños, un espacio que transforma el ser, al invitarlos a una reflexión e introspección constante.

Antes de entrar a la carrera, pues, era un niño con sentido [...] literalmente no sabía nada en la vida, no valoraba muchas cosas, simplemente no había vivido muchas cosas. Me veo como alguien que ha cambiado mucho sus intereses, su pensamiento. Digamos que la razón por la que entré a estudiar Medicina ya cambió; soy alguien ahora que valora mucho la familia, el trabajo [...] siete años acá, todo lo que he vivido, todas las experiencias, todo lo que he conocido, lo que he aprendido, lo que ha cambiado mi pensamiento [Hombre 23 años – 12.º semestre].

Discusión

El imaginario del “buen médico” como un ser incansable e intachable aumenta la expectativa de los estudiantes que compiten por entrar a la jerarquía médica de conocimientos y poder. La exigencia de la educación médica por alcanzar este ideal, la competencia para ser admitido a cada rango y el miedo a equivocarse agravan el entorno del escalafón, y facilitan el maltrato. Esto termina por llevar al agotamiento, la frustración, el desinterés y la falta de ética que estropean al médico en formación.

Diversos estudios como este describen principalmente el impacto negativo del currículo oculto en los aspectos humanos y profesionales, con énfasis en la jerarquía y la tolerancia de comportamientos cuestionables [13]. Esto ocurre en relación con el significado del currículo oculto, pues mientras el currículo formal incluye todo lo pretendido en la formación médica en su deber ser, el currículo oculto podría explicar los resultados contrarios a lo esperado de la educación médica y, en ese sentido, el develarlo pudiera permitir buscar soluciones a los aspectos negativos no intencionados [14].

Sin embargo, los aspectos positivos también surgen con fuerza, como el potencial de los formadores para influir y motivar a sus estudiantes, incluso hasta moldear sus actitudes y aptitudes en la medicina [5,15,16]. Además, en otros estudios [17,18] se señala la necesidad de la jerarquía en emergencias donde el tiempo es crucial y se requiere del liderazgo, sin lugar a réplicas de los médicos con más experiencia. Si bien esto no fue un hallazgo en los resultados presentados, otros autores citados previamente mencionan los efectos negativos de

la asimetría del poder, donde resultados negativos en el cuidado del paciente se pudieron evitar.

Por otro lado, se trata de una jerarquía basada en el conocimiento, en la que se oculta el no saber y los errores para preservar la idea de autoridad [5,19]. En contraste con otros estudios, lo anterior lleva a que los estudiantes no sean copartícipes de sus evaluaciones y sí lo sean de la falta de criterios objetivos de evaluación, más basados en el hecho de la subordinación a la que se ven sometidos o que los puede amenazar [17,20]. Otros estudios han encontrado que el sistema jerarquizado es paralelamente impulsado por la humillación, la intimidación y la reprobación pública, que se justifica en la eficiencia y la importancia del cuidado de la salud de otros [7,14,15].

En la literatura se ha señalado que el miedo o la ansiedad en las relaciones entre profesor y estudiante interfieren con la capacidad de aprendizaje [5]. A pesar de esto, se observa que el alumno puede adaptarse a los aspectos negativos del currículo oculto, con el desarrollo de empatía, resiliencia, perseverancia y seguridad psicológica [7]. No obstante, el uso de emociones negativas en la enseñanza no se recomienda, debido al riesgo de impactar la salud física y mental, hasta generar apatía, actitud defensiva, pérdida de interés, falta de profesionalismo y, finalmente, un aprendizaje deficiente en los estudiantes [7].

Aun así, la sumisión a la jerarquía es la solución más llevadera, so pena de las represalias, como se explica en otros estudios [5]. Estas actitudes se transmiten de manera descendente en los eslabones, durante las rondas, a través del lenguaje corporal, comentarios sarcásticos y otros mensajes sutiles —y no tanto— [14,21]. Adicionalmente, entre los credos transferidos se encuentra el exceso de trabajo, el agotamiento, el desapego emocional, el cinismo y la arrogancia [21]. Estas cualidades refuerzan, por un lado, el imaginario del “buen médico” como aquel inagotable e intachable; pero, por otro, rompen esta idealización al chocar con la realidad del médico. El estudiante se enfrenta a conflictos éticos, donde debe negociar entre el miedo, el cansancio y la ignorancia, versus el bienestar del paciente, generando un alto nivel de estrés y una toma de decisiones éticamente dudosas, en la medida en que, al normalizar las dinámicas de poder entre ellos y los legos, se niegue la posibilidad, siquiera, de cometer errores y menos de reconocerlos, con las consecuencias nefastas sobre las formas de evitarlos en el futuro [5].

Se ha observado que los estudiantes ingresan a la formación médica con preconcepciones cercanas a la idealización de lo que significa ser médico [5,20]. Otro estudio identificó ideas relacionadas con ayudar a los necesitados, ser la diferencia y ser un verdadero líder [22]. Esto podría explicarse porque dicho estudio se efectuó

con estudiantes de primer año, con percepciones más cercanas a la idealización, mientras que en la presente investigación participaron estudiantes de los últimos años, quienes tuvieron más oportunidades de contrastar el imaginario inicial con la realidad humana del médico.

Sumada a la expectativa de alcanzar la idealización del médico como aquel que no erra y la jerarquía que permite el maltrato, está la competencia para acceder a cada rango de la formación médica [5,7,16]. En un estudio, la mitad de los estudiantes informaron que la competencia es la principal característica de la Medicina, más que la cooperación, y 13 de 36 estudiantes refirió la necesidad de impresionar a los profesores para lograr trabajos prestigiosos en el futuro [15]. Los motivos previos podrían explicar la fobia a equivocarse en el ámbito médico, más allá del riesgo para la salud del paciente.

En España, se encontró que el 76 % de los médicos reconoce que se han equivocado alguna vez, aunque les cuesta ahondar en qué consistió el error, y solo el 40 % admite habérselo comunicado al paciente [5]. Del mismo modo, se ha observado que los estudiantes evitan desafiar el *statu quo*, hacer preguntas, admitir que desconocen y reconocer los errores, aunque esto pueda impactar el cuidado del paciente y aumentar el agotamiento [5,7]. Así, la idealización del médico, la jerarquía y la competencia pueden conducir a la incompetencia ética de los médicos en formación [5].

Por otro lado, para lidiar con las adversidades de la formación médica, los estudiantes se apoyan en la satisfacción los hitos médicos logrados, en especial aquellos en los que se acerca al paciente, y en las relaciones humanas con su familia, amigos, compañeros y pareja. Sin embargo, en las relaciones entre compañeros, se han encontrado grupos cerrados excluyentes, basados en similitudes entre los individuos, como la ciudad de origen, cultura o sexo [16], e incluso los antecedentes socioeconómicos y educativos, como los hallados en el presente estudio. Algunos autores han sugerido que el uso de grupos mixtos de trabajo puede influir positivamente en la relación de los estudiantes y posiblemente la competencia [16]. Asimismo, diferentes universidades han realizado esfuerzos por fortalecer estos apoyos, para afrontar al currículo oculto [5].

Es importante fortalecer aquellos aspectos que ayudan a los estudiantes a confrontar el currículo oculto. Mahood [14] identificó algunas características que protegen a los estudiantes de las consecuencias negativas del currículo oculto: ser mayor y más maduro, tener una carrera previa o un proyecto de vida, ser mujer, tener compromisos no médicos, tener un modelo centrado en el paciente o tener una orientación centrada en la atención primaria [14]. Esto puede estar relacionado con la adaptación del estudiante de Medicina encontrada en los presentes resultados; sin embargo, es importante reconocer que las intervenciones individualizadas, aunque

les permiten a los estudiantes soportar temporalmente su entorno, no son suficientes y, por lo tanto, se requiere un cambio estructural que permita a los estudiantes mayor consistencia entre los diferentes tipos de currículos [23].

Varios estudios han observado la lucha de los estudiantes por establecer límites en la Medicina y buscar un equilibrio personal/profesional [5,15]. Por un lado, se cuestiona si el currículo oculto pudiera llegar a impactar la salud mental de los estudiantes [7], debido a que la prevalencia de sintomatología ansiosa o depresiva en los médicos en formación es 29,9 a 34,1 % mayor a lo esperado para la población general, que es del 10 al 15 % [24]. Por otro lado, en el afán del currículo oficial por formar médicos cúlmenes de conocimiento, es posible que se gestaran médicos de ética cuestionable.

Como limitaciones de este estudio, se reconoce que algunas de las categorías emergentes pudieron no profundizarse lo suficiente, debido posiblemente a que los autores carecen de mayor formación en ciencias sociales, añadido a la evolución heterogénea de las categorías encontradas. Se reconoce, además, algunas dificultades en la coordinación entre los equipos investigativos de ambas universidades, pues se pudo ser más eficientes y haber avanzado tanto en la recolección, en el análisis y en la escritura del manuscrito de una mejor manera, de haber contado con el tiempo suficiente para hacerlo. La exigencia laboral de los autores durante la pandemia afectó la oportunidad de terminar el manuscrito y someterlo a la publicación.

Conclusiones

Tras los análisis realizados concluimos que el currículo oculto puede determinar con mayor fuerza la formación del médico que el currículo formal; de ahí la importancia de reconocerlo y afrontar tempranamente sus aspectos negativos y reforzar los positivos.

Habrà que enseñar a educar y repensar el currículo oculto para no arruinar a los que se inician en el aprendizaje de la profesión. Se hace necesario abordar el currículo oculto como una oportunidad de reforma para la educación médica y, en consecuencia, la cultura médica. Será importante seguir visibilizando lo que hasta ahora ha sido oculto, para tratar de integrar en el currículo formal estrategias que refuercen los aspectos positivos y mitiguen las consecuencias de los aspectos negativos.

Los espacios formadores deben dar lugar e insistir en fortalecer las relaciones humanas y buscar un equilibrio personal/profesional, como es también sugerido por otros autores [25].

Retomar un modelo centrado en el paciente y en la atención primaria renovada permitiría repensar la jerarquía y la competencia [8].

Por otro lado, al mejorar los entornos de aprendizaje, se puede utilizar un abordaje sociocultural, donde tanto estudiantes como profesores logren entender la otredad como la base de la diversidad y la inclusión [26].

Además, es necesario avanzar hacia currículos promotores de autocuidado, que no solo impacten positivamente el bienestar de los estudiantes durante su proceso formativo [27], sino que también los capacite para ser mejores promotores de salud con sus pacientes [28]. Reconocer y reflexionar sobre el currículo oculto en la formación médica permitirá encontrar soluciones para enfrentarlo [16,21,29].

Agradecimientos

Al profesor Carlos J. González Colonia, por su asesoría en etnografía.

Declaración de financiación

Este trabajo fue financiado por las Universidades de Antioquia y Tecnológica de Pereira, en el tiempo dedicado por los dos profesores y con recursos propios.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

Declaración de responsabilidad

La responsabilidad a declarar en el artículo sobre los puntos de vista expresados es de los autores. No existe responsabilidad de la institución de afiliación de los autores, ni de los financiadores.

Declaración de contribución por autores

Lina María Osorio Cock: análisis de los datos; revisión crítica del contenido; aprobación de la versión final; capacidad de responder por la integridad del trabajo.

Daniela Muñoz Henao: adquisición de datos; análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito; revisión crítica del manuscrito para contenido intelectual importante; apoyo administrativo, técnico o material y supervisión.

Carlos Enrique Yepes Delgado: construcción de la idea; elaboración de proyecto; adquisición de datos, análisis e interpretación de datos; redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito para contenido intelectual importante, apoyo administrativo, técnico o material, y supervisión.

Ángela Sophia Ruiz Mazuera: análisis y recolección de los datos; revisión crítica del contenido, revisión y organización bibliográfica.

Guillermo Javier Lagos Grisales: contribuciones substanciales a la concepción y el diseño, análisis e interpretación de los datos; revisión crítica del contenido y corrección de la versión final; aprobación final de la versión para publicación.

Federico Villegas Cardona: redacción del anteproyecto, recolección de datos, redacción del manuscrito.

Mario Alejandro León Ayala: redacción del anteproyecto, recolección de datos, redacción del manuscrito.

Santiago García Betancur: redacción del anteproyecto, recolección de datos, redacción del manuscrito.

Paola Marcela Trujillo Quintero: redacción del anteproyecto, recolección de datos, redacción del manuscrito.

Carolina Duarte Blandón: redacción del anteproyecto, recolección de datos, redacción del manuscrito.

Referencias

1. Toruño Arguedas C. El currículum en el contexto costarricense: propuesta de definiciones para su conceptualización. *Rev Ensayos Pedagógicos* [internet]. 2020 [citado 2022 mar. 8]; 15(1):39-59. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/ensayos-pedagogicos/article/view/13776/19295>
2. Huecker M, Danzl D, Shreffler J. Flexner's words. *Med Sci Educ*. 2020;30(3):1291-3. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40670-020-00986-1>
3. Hafferty FW, O'Donnell JF, Baldwin D. The hidden curriculum in health professional education. Lebanon, New Hampshire: Dartmouth College Press; 2015.
4. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, et al. The hidden curricula of medical education: A scoping review. *Acad Med*. 2018;93(4):648-56. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002004>
5. Rodríguez de Castro F. Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educ. Méd.* [internet] 2012 [citado 2023 ene. 29]. 15(1):13-22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000100006#:~:text=El currículum oculto funciona como, en la asimetría del conocimiento
6. Lehmann LS, Sulmasy LS, Desai S. Hidden curricula, ethics, and professionalism: Optimizing clinical learning environments in becoming and being a physician: A position paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2018;168(7):506-8. DOI: <https://doi.org/10.7326/M17-2058>
7. Torralba KD, Jose D, Byrne J. Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clin Rheumatol*. 2020;39(3):667-71. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04889-4>
8. Parekh R, Jones MM, Singh S, et al. Medical students' experience of the hidden curriculum around primary care careers: A qualitative exploration of reflective diaries. *BMJ Open*. 2021;11(7):e049825. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049825>
9. Hayre CM, Blackman S, et al. Ethnography and medicine: The utility of positivist methods in research. *Antropol Med*. 2021;29(3):338-44. DOI: <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1893657>

10. Andreassen P, Christensen MK, Møller JE. Focused ethnography as an approach in medical education research. *Med Educ*. 2020;54(4):296-302. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14045>
11. Espriella R de la, Gómez Restrepo C. Teoría fundamentada. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2020;49(2):127-33. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.08.002>
12. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, et al. The use of triangulation in qualitative research. *Oncol Nurs Forum*. 2014;41(5):545-7. doi: <https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547>
13. Joynt GM, Wong WT, et al. Medical students and professionalism – Do the hidden curriculum and current role models fail our future doctors? 2017;40(4):395-9. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1408897>
14. Mahood SC. Medical education: Beware the hidden curriculum. *Can Fam Physician* [internet]. 2011 [citado 2022 mar. 8]; 57(9):983-5. Disponible en: <http://pmc/articles/PMC3173411/>
15. Gaufberg EH, Batalden M, et al. The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med*. 2010;85(11):1709-16. doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f57899>
16. Boer C, Daelmans HEM. Team up with the hidden curriculum in medical teaching. *Br J Anaesth*. 2020;124(3):e52-e54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.031>
17. Flores Serna AF. El currículo oculto durante la práctica pre profesional de medicina. *Edu. Sup. Rev. Cient. Cepies* [internet]. 2019 [citado 2022 mar. 8]; 6(2):47-58. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2518-82832019000200008&lng=es&nrm=iso
18. Bould MD, Sutherland S, Sydor DT, et al. Residents' reluctance to challenge negative hierarchy in the operating room: A qualitative study. *Can J Anesth*. 2015;62(6):576-86. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12630-015-0364-5> doi: <https://doi.org/10.1007/s12630-015-0364-5>
19. McIntyre N, Popper KR. La actitud crítica en medicina: la necesidad de una nueva ética. *Revista de Humanidades* [internet]. 2013 [cited 2023 Jan 29]; 12(2):258-71. Disponible en: https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/files/06_la_actitud_critica_en_medicina.pdf
20. Fergus KB, Teale B, Sivapragasam M, et al. Medical students are not blank slates: Positionality and curriculum interact to develop professional identity. *Perspect Med Educ*. 2018;7(1):5-7. <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0402-9>
21. Rajput V, Mookerjee AL, Cagande C. The contemporary hidden curriculum in medical education. *MedEdPublish*. 2017;1:155. doi: <https://doi.org/10.15694/mep.2017.000155>
22. Stubbing E, Helmich E, Cleland J. Authoring the identity of learner before doctor in the figured world of medical school. *Perspect Med Educ*. 2018;7(1):40-46. doi: <https://doi.org/10.1007/s40037-017-0399-0>
23. Song YK. "This isn't being a doctor."—Qualitative Inquiry into the existential dimensions of medical student Burnout. *Med Sci Educ*. 2020;30(3):1095-105. doi: <https://doi.org/10.1007/s40670-020-01020-0>
24. Osada J, Rojas M, et al. Sintomatología ansiosa y depresiva en estudiantes de medicina. *Rev Neuropsiquiatr*. 2010;73(1):15-19. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v73i1.1651>
25. Picton A. Work-life balance in medical students: Self-care in a culture of self-sacrifice. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02434-5>
26. Philibert I, Elsey E, et al. Learning and professional acculturation through work: Examining the clinical learning environment through the sociocultural lens. *Med Teach*. 2019;41(4):398-402. doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1567912>
27. Pipas CF, Damianos JA, Montalbano L, et al. A curriculum to promote a culture of wellness among medical students and faculty. *PRiMER*. 2020;4:13. doi: <https://doi.org/10.22454/PRiMER.2020.930805>
28. Mills A. Helping students to self-care and enhance their health-promotion skills. *Br J Nurs*. 2019 ;28(13):864-7. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.13.864>
29. Yepes CE, Muñoz D, Martínez V, Muñoz I. Parar y pensarse: metacognición en estudiantes colombianos de Medicina durante el curso de Seguridad Social. *EDUMECENTRO* [internet]. 2022 [citado 2022 abr. 18]; 14:e1950. Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1950>

