



EDITORIAL

Lo que decimos y lo que hacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: el *currículo oculto*

What we say and what we do, congruence in teaching good habits: the hidden curriculum

Lo que decimos

Es frecuente escuchar a los padres, maestros y médicos decir: “No fumes porque es malo para la salud”, “Haz ejercicio para evitar problemas futuros”, “No me mientas porque te perderé la confianza”. Se puede seguir con una serie de dichos de políticos y otras figuras que tienen influencia en la conducta de diferentes segmentos etarios de la población. Diferentes estudios en el campo de la medicina indican que esto no es privativo de algún grupo social y que realizar cambios en contra de lo que se conoce como *currículo oculto* es lo que puede llevar al fracaso cualquier intento de modificar patrones de conducta. Cuando en un paso de visita un profesor menciona que ser obeso es igual a no ser listo o que el conocimiento compensa la mala comunicación; que las competencias son un imaginativo colectivo y “seguiré dando mi clase como siempre”, estamos enseñando con el *currículo oculto*.

¿Cómo se define al *currículo oculto*?

Fue Jackson quien inicialmente acuñó el término y definió como “las vías tácticas en las que el conocimiento y la conducta se construye, fuera de los cursos y materias formalmente programadas”.¹ Además este *currículo oculto* refuerza las reglas básicas y códigos de la institución y asume una serie pre supuestos, que cuando el estudiante los internaliza los hace legítimos.¹

Se le define también como una serie de influencias que funcionan a nivel de la estructura de la organización y de la cultura, que manipula a los profesores y los alumnos, tanto en el currículo formal como en el no formal. Cuando ingresamos a cualquier escuela los estudiantes entran a un proceso de “formación de la identidad”; en este periodo aprenden las reglas de la nueva comunidad a la que se integran. Este proceso de aprendizaje *in situ* está influenciado por las actitudes y conductas no explícitas de profesores y compañeros. Este enfrentamiento con lo que debe ser y lo que se aprende para “encajar” en el nuevo ambiente puede inducir conflictos en los nuevos integrantes de estas comunidades.²

Hafferty³ menciona que la educación médica es un ambiente de aprendizaje multidimensional, hay tres áreas interrelacionadas, además del currículo explícito: 1) Lo que se dice, pretende y formalmente se ofrece en el currículo (lo que se debe hacer); 2) lo no escrito, lo que se enseña de acuerdo con lo que se va presentando, muy influenciado por la interacción personal entre profesores y estudiantes (el currículo informal); y 3) una serie de influencias que se incrustan en la estructura y la cultura de la organización (el *currículo oculto*).

Tanto el currículo informal como el oculto nos indican que debemos distinguir entre lo que se les enseña a los estudiantes y lo que en la realidad aprenden. El currículo informal actúa en el nivel de las interacciones personales y éstas, en el ámbito médico, se dan: en el elevador,

Correspondencia: Teresa Imelda Fortoul van der Goes, Departamento de Biología Celular y Tisular, Edificio “A” 3er piso, Facultad de Medicina, UNAM, C.P. 04510, México D.F. Teléfono: (5255) 56232182. Fax: (5255) 56232399. Correo electrónico: fortoul@unam.mx

las escaleras, los pasillos, en la cafetería, en la sala de médicos, en el hospital. Esto nos lleva a considerar la importancia que tienen “otros” (*role models*) en los aprendizajes del estudiante.

El *currículo oculto* debe hacernos reflexionar acerca de todos aquellos “sobre entendidos”, rituales, o “porque-así-se-ha-hecho-siempre” a los que se enfrenta el médico en preparación.³ Estos antecedentes hacen recordar que la educación médica es un proceso cultural que se modula constantemente por fuerzas externas y por otras internas.

Cuando se inicia un nuevo plan de estudios o se quiere realizar algún cambio en la institución y queda registrado en el papel, desde el nombre de los cursos, la secuencia de las asignaturas y la manera de evaluar llevan ya un mensaje no evidente cuyas repercusiones no se ven de manera inmediata y que pueden tener tanta fuerza que anulen los cambios que se esperaba ocurrieran con el cambio curricular.

Hafferty (1998) considera al entrenamiento médico como un proceso de enculturamiento moral y las normas se transmiten a los médicos en formación independientemente de sus conductas y emociones; el ambiente de aprendizaje sirve a la vez como una comunidad moral.⁴ Es tan importante el *currículo oculto* que puede tener efecto sobre la percepción que tienen los estudiantes en relación con la interacción médico-paciente, las interacciones con los profesores, el acercamiento a los tratamientos médicos de la enfermedad, y las prioridades de salud en su lugar de trabajo y aunque habitualmente se le asocia a conductas negativas, puede apoyar cambios positivos. El enfrentarse a la realidad de la incongruencia entre lo que se dice en las sesiones académicas y lo que ocurre ante el paciente real y lo que ocurre en los hospitales puede crear una disonancia cognitiva con sus expectativas. Además, los estudiantes tienen que trabajar para alcanzar cuatro objetivos que son fuente de conflicto: trabajo en equipo, cuidado del paciente, actividad clínica y calificaciones satisfactorias, mientras están presionados por la falta de sueño, el tiempo para la escuela, el estudio, el transporte y las otras actividades que requieren de su presencia como las familiares y afectivas.⁴

Hempp y Seale⁵ mencionan seis procesos aprendidos en el *currículo oculto* de la educación médica: la pérdida del idealismo, adopción de rituales de identidad profesional, neutralización emocional, cambio en la integridad ética, aceptación de la jerarquía y el aprendizaje de aspectos poco formales para ser “un buen doctor”; éstos ocurren tanto en los estudiantes como en los miembros de la profesión médica. En su estudio cualitativo en el que utilizaron encuestas semiestructuradas agregaron a las que ya se mencionaban: buenos modelos que motivan, la falta de compromiso del profesor por su inasistencia a las sesiones programadas, la jerarquía impuesta a través de la humillación generalmente aplicada por los médicos de base y por el personal de enfermería y la elevada competitividad para sobresalir.

Lo que hacemos

El médico debe dar tratamiento, sin hacer distinciones, a cualquier tipo de paciente, ya que para eso se prepara,

y a los estudiantes les enseñamos que el paciente es lo más importante. Por otro lado, en las pláticas de pasillo, enfrente de los estudiantes, se hace escarnio de la obesidad del paciente, su pobre capacidad para expresarse, sus preferencias sexuales o religiosas.⁶

¿Qué es lo que enseñamos?

El profesor llega tarde, sin bata y fumando, pero le exige al estudiante que llegue a tiempo con bata blanca y que no fume. Se sabe que los valores que el estudiante absorbe son los que aprende de sus profesores o colegas.⁶ El profesor pide respeto, pero en el paso de visita se burla de los estudiantes.⁵

¿Qué estamos transmitiéndoles a los futuros médicos?

Se le pide al estudiante que revise en varios textos el tema y lo que se repite en cada una de las varias asignaturas que éste lleva en el año o semestre, ya que se considera que leyendo más sabrá más,⁷ y por si esto no fuera suficiente le dejan varios trabajos que debe entregar en la semana. Está demostrado que mientras más se le pida al estudiante que lea, su aprendizaje será superficial porque sacrificará velocidad por profundidad.⁸ Entonces qué ventaja tiene que indiquemos cuatro o cinco libros, si el estudiante no los leerá o lo hará superficialmente, siempre y cuando el contenido se revise en algún examen.⁷

El ambiente educativo que creamos en las escuelas de medicina es desconcertante ya que indicamos una cosa y hacemos otra. ¿Habrà manera de que seamos congruentes? ¿Podremos conducir a nuestros futuros médicos por un camino más seguro? O seguir evitando “ver lo que no se quiere ver”.

Teresa I. Fortoul-van der Goes
Alejandra Núñez-Fortoul

Departamento de Biología Celular y Tisular, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

Referencias

1. Wear D. On White coats and professional development: The formal and the hidden curricula. *Ann Intern Med* 1998;129:734-737.
2. Mossop L, Dennick R, Hammond R, et al. Analysing the hidden curriculum: use of a cultural web. *Medical Education* 2013;47:134-143.
3. Hafferty FE. Beyond curriculum reform: Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Acad Med* 1998;73:403-407.
4. Chuang AW, Nuthalapaty FS, Casey PM, et al. To the point: reviews in medical education-taking control of the hidden curriculum. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:316.e1-316.e6.
5. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ* 2004;329:770-773.
6. Phillips SP. Blinded by belonging: revealing the hidden curriculum. *Medical Education* 2013;47:122-125.

7. Klatt EC, Klatt CA. How much is too much reading for medical students? Assigned reading and reading rates at one medical school. *Academic Medicine* 2011;86:1079-1083.
8. Taylor CR. The Reading habits of year II medical students. *New Engl J Med* 1992;326:1436-1440.