



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Artículo de reflexión

Currículo oculto en educación médica: revisión narrativa

Hidden Curriculum in Medicine Education: Narrative Review

Juan Antonio Lugo-Machado*, Regina Jacobo-Pinelli**.

* Médico otorrinolaringólogo, profesor de posgrado del Hospital de Especialidades N.º 2 “Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta”, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Obregón, Sonora; profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Sonora, Campus Cajeme. Cd Obregón, Sonora. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4864-8546>

** Médico residente de otorrinolaringología del Hospital de Especialidades N.º 2 “Lic. Luis Donaldo Colosio Murrieta”, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad Obregón, Sonora.

Forma de citar: Lugo-Machado JA, Jacobo-Pinelli R. Currículo oculto en educación medicina: revisión narrativa. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2021;49(3): 238-243. DOI.10.37076/acorl.v49i3.501

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 2 de mayo de 2020

Evaluado: 15 de mayo 2021

Aceptado: 20 de julio 2021

Palabras clave (DeCS):

Educación médica, currículo oculto, aprendizaje.

RESUMEN

Los procesos educativos en la medicina son de gran complejidad y conllevan paradojas debido a que es una profesión de un inmenso prestigio, donde se aplica la ciencia y la tecnología con sus avances más recientes; no obstante, en el ámbito educativo y formativo no sucede así ya que existe un sinnúmero de necesidades que transforman los paradigmas educativos obsoletos, los cuales perpetúan la formación de médicos con un sentido humano desgastado, extenuante y marchito.

En esta revisión narrativa abordamos el aspecto no plasmado en algún documento de la práctica educativa en el médico en formación, elemento que incide en los aspectos morales y éticos de la profesión, que culmina con una pérdida del humanismo profesional.

Correspondencia:

Juan Antonio Lugo-Machado

Email: otorrinox@gmail.com

Dirección: Sahuaripa S/N, Ciudad Obregón, Sonora.

Teléfono: 6441559891

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Education, Medical; Hidden Curriculum; Learning.

Educational processes in medicine are highly complex and paradoxical due to the fact that it is a profession of immense prestige, where science and technology with its most recent advances are applied, however, in the educational and training field, it does not happen. Thus, there are a number of needs that transform the obsolete educational paradigms that perpetuate the training of doctors with a worn out, exhausted and withered human sense.

In this narrative review, we address the aspects not included in any document of educational practice in medical training, elements that affect the moral and ethical aspects of the profession, culminating in a loss of professional humanism.

Introducción

Gran parte de los cambios en la educación médica en Latinoamérica tienen su origen en el modelo flexneriano. La medicina es básicamente un sistema educativo y esta es la esencia de su mensaje; se describe al *médico ideal* como “un profesional educado, alguien en quien se reúnen en forma indisoluble la ciencia y el humanismo” (1). Estas directrices flexnerianas se han ido diluyendo ante los cambios en la cultura, ciencia y tecnología; sin embargo, es menester evaluar la situación actual y retomar el humanismo desde la educación en el campo clínico (2).

El currículo oculto se define como un trasfondo de normas y valores educativos latentes en la evolución formativa que los educados deben de asumir, adoptar, implementar y hacer propias para adaptarse a un papel en las actividades educativas correspondientes al entorno o ambiente educativo-laboral donde se forman, concretamente los médicos residentes e internos (3).

Durante la escuela de medicina casi todos los estudiantes informan haber observado conductas poco éticas y no profesionales, y describen su participación en lo que consideraron conductas poco éticas en la práctica clínica hospitalaria (4-6).

Durante el adiestramiento de la residencia, un proceso intenso de demandas, el aprendiz está inmerso en un entorno clínico-hospitalario y su cultura del hospital, y los valores profesionales de altruismo, integridad y empatía pueden ser reemplazados por la eficiencia, la solución rápida, el cinismo y el desapego de muchos valores humanos (7, 8). Ahora y colaboradores mostraron un aumento en la desprofesionalización después de la residencia; esto se debe a que probablemente los comportamientos y actitudes morales son a menudo sensibles a la situación (9).

El agotamiento, definido como un síndrome de desgaste emocional y desapego desadaptativo después de una angustia ocupacional prolongada, tiene una prevalencia aproximada del 50 %-76 % entre los médicos en formación (10, 11).

West y colaboradores y Shanafelt y colaboradores describen la asociación entre una menor empatía y una peor atención al paciente, y un mayor error médico percibido (12, 13).

El desconocimiento, desinterés o repulsión a aceptar los estragos que genera el currículo oculto o informal repercute directamente en la formación profesional de los novicios médicos, quienes consideran dichos hábitos de desprofesionalización como algo natural y, muchas de las veces, necesarios para templar su carácter como médicos. En los 20 años transcurridos desde esta conceptualización original, los investigadores de todo el espectro de la educación médica han utilizado el término para exponer y explicar una serie de facetas “ocultas” del aprendizaje y la enseñanza (14).

Desarrollo

A nivel mundial, los conocimientos pedagógicos en la formación médica son algo limitados; la mayoría de los profesores en el ámbito educativo médico tiene un origen puramente empirista, dado el escaso tiempo destinado para ello, pues los médicos se han visto forzados a reflexionar sobre los aspectos sociales, psicológicos y pedagógicos que involucran en su actividad docente sobre la marcha (15).

Fernández indica que el docente médico puede transmitir información, no así conocimiento; no obstante, el papel que asume el docente es principalmente como paradigma, ya que es utilizado como modelo profesional y de orientación que dirige lo que se debe aprender o no (16).

La educación médica busca tener una mejora continua en los procesos educativos del terreno docente. La evaluación crítica del clima laboral-educativo en residencias médicas es una necesidad y se enmarca en la tendencia global del aseguramiento y monitorización de la calidad en educación médica, para garantizar el bienestar de los médicos en formación (17).

Se han originado numerosas transformaciones en la práctica médica actual debido al progreso y avances en ciencia y tecnología, pero el actuar médico derivó en la utilización de dichos adelantos en detrimento de lo esencial en su proceder: el interrogatorio, el examen físico, el razonamiento y el trato humano. Como consecuencia de ello, la enseñanza de la medicina ha estado impregnada de un modelo con enfoque teórico cientificista que enfatiza en la curación del paciente y la utilización desmedida de los procedimientos diagnósticos, relegando los aspectos humanistas de la medicina, raíz verdadera de su razón de ser (18).

El ambiente educacional se define como el conjunto de condiciones y sentimientos que perciben los estudiantes en un contexto institucional determinado. Según Lizzio y colaboradores, esta percepción es un predictor de su rendimiento académico (18).

El ambiente o clima de aprendizaje, según McAleer y Skinner, se define como la percepción de los médicos residentes de las características, tanto formales e informales de la educación; sin embargo, Lombarts y colaboradores hacen referencia más específicamente a las percepciones sobre prácticas y procedimientos comunes en los departamentos clínicos, así como a la calidad de las relaciones entre los residentes y sus profesores, supervisores y la institución (19-21).

Cassar, Felletti, y Pololi señalan que en la práctica clínica hospitalaria se consolidan habilidades, conocimientos, valores y actitudes profesionales en situaciones reales de trabajo; los entornos de aprendizaje clínico son diferentes unos de otros, no todos los escenarios clínicos son positivos o propicios para un aprendizaje (22-24).

Suárez Obando y Díaz Amado, en su artículo “La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto”, muestran una gran discrepancia entre lo que se enseña en las aulas y lo vivido en los entornos clínicos hospitalarios, argumentando que los estudiantes no cuentan con un referente concreto para apoyarse en los dilemas éticos de la práctica clínica (25).

Curriculum es una palabra latina que, a decir de algunos autores, significa “cursillo”, lo que indicaría que sería un curso para seguir. En actualidad, el *curriculum* o currículo constituye un cúmulo de aprendizaje incorporado a la enseñanza, y se ha convertido en la guía de contenidos útiles para impartir una asignatura.

El término *currículo* cobró interés a nivel internacional y su significado ha sido conocido mejor como “plan de estudios”, que a su vez refiere al conjunto de materias necesarias para completar un ciclo de educación formal.

Dentro de los planes, programas de aprendizajes o currículo se emplean los conceptos de currículo formal o informal, u oculto. El currículo formal es donde se encuentran escritos o plasmados los contenidos, actividades y acciones para lograr el aprendizaje determinado; mientras que en el currículo oculto o informal no existen documentos que clarifiquen, enuncien o desentrañen los modos y maneras de formar o dar los contenidos; es allí donde el concepto de *currículo oculto* sale a refulgir (26).

Entre las dimensiones que se dan en los ambientes clínicos de aprendizaje (donde se favorece la práctica del currículo oculto) se pueden incluir la relación interpersonal, en la que los individuos interactúan en el contexto social y existe una división de trabajo, comunicación, colaboración y mediación de conflictos. Se dan procesos educativos donde se orientan las estrategias educacionales con estructura didáctica, métodos, tecnologías y evaluaciones, con el objetivo de adquirir conocimientos en el orden del pensamiento y prácticos. La cultura institucional hace referencia a las normas, reglas, esquemas, ideologías y prácticas que tienen solo

base empírica, de costumbres; prácticas basadas en creencias compartidas en un sistema ya establecido. Estos rasgos pueden propiciar u obstaculizar el cambio para un mejor desarrollo de los recursos humanos y su aprendizaje, donde se desempeñan papeles de jerarquías y poder que menguan o promueven un mejor ambiente de aprendizaje laboral, donde el sentido ético y de respeto puede perderse. En la mayoría de los textos se relaciona el concepto de *currículo oculto* con aspectos negativos del aprendizaje; no obstante, no siempre son negativos (27).

En la dinámica del servicio se establecen organizaciones muy particulares en las actividades académicas y prácticas, donde se genera el contacto cotidiano entre el personal de salud y los pacientes, y se llevan a cabo visitas y entregas de guardia a través de la supervisión (28, 29).

Para Philip W. Jackson, en *La vida en las aulas*, publicación reconocida en la actualidad como una excelente revisión del concepto de currículo oculto, se define como “lo que el alumno aprende en la escuela no es sólo lo que aparece en los documentos curriculares sino algo más complejo, como es el conjunto de reglas y normas que rigen la vida escolar, sentimientos, formas de expresarlos, valores, formas de comportamiento y adaptación a distintos ámbitos” (30).

Otros autores, como Hafferty, definen el currículo oculto precisamente como el impacto que causa en quienes aprenden el hecho de ver cómo se están haciendo las cosas, especialmente si no coincide con el discurso de cómo deberían hacerse (31).

Por otro lado, Prat y colaboradores mencionan que habrá que cuidar los comportamientos docentes en los entornos formativos para no arruinar el entusiasmo de los que se inician en el aprendizaje de la profesión (32).

Extrapolando este concepto de currículo oculto en la educación médica podríamos simplificarlo como las normas, reglas y valores educativos latentes en el proceso formativo que los educandos deben de asumir, implementar y hacer propias para adoptar un papel en las actividades educativas correspondientes en un entorno o ambiente educativo-laboral, el cual está conformado, concretamente, por los médicos residentes e internos en los hospitales. Algunas premisas latentes en educación médica son: para aprender a ser médico se deben adoptar las normas y reglas de la profesión, lo que supone un proceso que tiene lugar en un ambiente o entorno propio, con diferencias particulares en cada uno. Estas conductas requieren asimilarse, interiorizarse y ser aplicadas en el ambiente donde se desempeñarán, las cuales funcionan como método adaptativo de socialización en su entorno educativo-laboral y se llevan a cabo en la práctica y experiencia diaria en los hospitales y clínicas donde se forma.

Muchos profesores simulan un grado muy alto de certidumbre en el ejercicio práctico, sin adoptar algún grado de humildad, sencillez y honestidad propia y con los demás, al no admitir que ciertos conocimientos no se tienen o se desconocen; asimismo, muchos médicos en formación asimilan dichas actitudes, a pesar de que es permisible tener cierto grado de desconocimiento, por lo cual es pertinente ir

a releer y actualizar su información al respecto. Esto traerá beneficio para el [¿residente?], al saber manejar cierto grado de incertidumbre, que con frecuencia [¿ocurre?] en el quehacer profesional.

La mayoría de los errores en medicina se pueden prevenir, y por lo mismo evitar o reducir los efectos en la práctica médica. Una de las principales dificultades es la falta de una buena comunicación entre los miembros del equipo, asimismo, entre médico-paciente-familiar.

En los ambientes clínicos-hospitalarios existe una preponderancia de arrogancia y entornos intimidatorios. Los estudiantes llegan a la facultad con una actitud idealizada y un tanto ingenua que muy pronto comienza a marchitarse, lo que deja patentes actitudes cínicas, arrogantes y de desapego emocional. Un entorno de deliberación en el manejo sanitario de los pacientes es fundamental para tomar decisiones que deben ser colectivas. Practicar la deliberación colectiva es difícil, ya que al tomar posturas, criterios u opiniones en común pueden existir discrepancias o quitarnos la razón, y eso no suele recibirse de buen grado por lo médicos formadores (3).

Los cambios tecnológicos en la búsqueda y obtención de información repercuten directamente en los profesores que no se adaptan y adquieren nuevas habilidades para obtenerla, ya que genera cuestionamientos de algunos pacientes y de muchos médicos en formación, quienes soslayan el ego o prestigio del docente y genera entornos o ambientes educativos desgastados e impropios para el aprendizaje.

La profesión médica es una actividad científico-tecnológica en la que se producen cambios significativos de manera constante; no obstante, este avance científico-tecnológico no debe de menospreciar o desgastar los principios éticos y morales de una profesión tan noble como lo es la medicina (3). Muchos educadores médicos pueden ser incapaces de ver o percibir los valores o códigos de conducta que vierten y transmiten en su práctica educativa (33).

Varios escritores como Sinclair, Herlman y Coldicott han utilizado la investigación antropológica para describir el currículo oculto en la educación médica. Ellos destacan aspectos como la pérdida del idealismo, la importancia de la jerarquía, la adopción de una identidad profesional ritualizada y la neutralización emocional (34-36).

En un intento por caracterizar aún más el currículo oculto, los investigadores y educadores médicos han empleado una variedad de métodos empíricos, que incluyen grabaciones de estudiantes y residentes que hablan informalmente sobre el trabajo, informes estudiantiles de dilemas éticos, grupos focales de estudiantes, así como decanos que discuten fallas percibidas en el profesionalismo y entrevistas semiestructuradas, uno a uno, para caracterizar la relación profesor-alumno-ambiente clínico-hospitalario y su importancia en el currículo oculto. Incluso Haidet y colaboradores han desarrollado un instrumento de encuesta validada para evaluar los planes de estudio ocultos de una escuela de medicina (5, 37-42).

Para Torralba, los profesores deben reconocer los sentimientos y las emociones desencadenados por los encuentros

con pacientes y las interacciones con colegas en el lugar de trabajo. La educación médica va más allá del logro de conocimientos y habilidades, pues además debe inculcar actitudes (incluido un enfoque compasivo y apasionado) que hacen que la atención sea de calidad se centre en el paciente (43). Doja y colaboradores señalan algunos puntos como (44):

- Existen problemas relacionados con el currículo oculto en todas las etapas del aprendizaje, incluida la facultad.
- El concepto de *neutralización emocional* conlleva una connotación negativa para aquellos que se encuentran en una etapa inicial del entrenamiento, pero se considera un mecanismo de afrontamiento necesario en los médicos en ejercicio.
- La tolerancia de los aprendices al comportamiento desprofesionalizado del profesor parece generar un sentimiento de impotencia y desesperanza.
- Los dilemas relacionados con el currículo oculto que surgen podrían permitir intervenciones que puedan ayudar a resolver los problemas que los alumnos pueden sentir cuando los valores y principios entran en conflicto.

Bates describe que desde la década de 1950 hasta 1990 hubo un amplio cambio en las discusiones sobre los aspectos humanos de la educación médica: del interés en las comunidades a las personas; desde preocupaciones sociales hasta características personales; y de lo relativamente abstracto a lo medible e instrumental. En este sentido, se ha dejado de lado el aspecto humano de la persona y el devenir de los modelos científicista: de curar lo objetivo, lo medible y lo medible, relegando los aspectos inmateriales como los pensamientos, sentimientos y creencias (45).

Macleod sugiere que la comunidad de educación médica cambie y nombra repetidamente lo que ya no son problemas "ocultos"; en cambio, se deberían abordar activamente estas prácticas ahora visibles. El autor llega a cuestionar el uso continuado del término dentro del discurso médico y escribe que, si bien el plan de estudios oculto ha sido históricamente una herramienta poderosa para la innovación curricular, ahora puede ser el momento de retirarlo en favor de conceptos más accionables (46). Además, Martimianakis y sus colegas realizaron recientemente una revisión de alcance y exploraron el vínculo entre el currículo oculto y el humanismo en medicina. Sus valiosos resultados muestran que el plan de estudios oculto es responsable de gran parte de la formación de identidad profesional de los futuros médicos (47).

Proponemos que el concepto se entienda, según Lawrence, como (48):

- un concepto institucional-organizacional;
- un concepto interpersonal-social;
- un concepto contextual-cultural;
- y un concepto motivacional-psicológico.

Dado este hallazgo y las preocupaciones sobre este concepto, creemos que es esencial que los investigadores

comprendan cómo se define y aplica el currículo oculto dentro de la literatura, para permitir categorizar o analizar sus efectos de manera más efectiva.

Conclusiones

Es claro que la medicina y sus procesos educativos han sufrido cambios significativos. En el aspecto profesional, los avances tecnológicos y científicos son evidentes, no así en los aspectos educacionales. Los cambios en la educación en general y en la educación médica en particular incluyen plasmar los contenidos teóricos y prácticos para ser abordados durante el proceso de enseñanza, con eso se cumple uno de los progresos en la educación, que es contar con un currículo formal que oriente la educación; sin embargo, mediante la postura de diferentes autores se presentó un fenómeno que se genera durante la interpretación, aplicación y difusión de los contenidos señalados en el currículo formal, y es el modo en que se vierten las enseñanzas.

Allí se genera el concepto de currículo oculto o informal, que se desarrolla en los entornos de aprendizaje clínico-hospitalario, tiene grandes repercusiones en la formación del nivel médico y ya se encuentra plenamente identificado como detonante en el desgaste, desprofesionalización y deshumanización del disidente. Fuera de la discrepancia conceptual que abordan algunos autores, es menester comprender, medir y resarcir los estragos del fenómeno llamado *currículo oculto o informal negativo*.

Limitaciones del estudio

La limitación propia de un estudio de revisión narrativa.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en este trabajo.

Dictamen de comité de ética

Este trabajo no se sometió a evaluación a algún comité de ética.

Autoría

Los autores contribuyeron en el diseño, análisis, revisión y aprobación del escrito, y asumen la responsabilidad de todos los aspectos del trabajo.

Agradecimientos

A todos mis alumnos, que son mis grandes motivos para ser docente.

Financiamiento

Los autores financiaron los gastos del proceso del manuscrito totalmente.

REFERENCIAS

1. Patiño Restrepo JF. Abraham Flexner y el Flexnerismo. *Fundamento Impecadero de la Educación Médica Moderna. Medicina.* 1998;20(48):6-14.
2. Balarezo-López G. Sociología médica: origen y campo de acción. *Revista de Salud Pública.* 2018;20(2):265-70.
3. Rodríguez de Castro F. Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educ. méd.* 2012; 15(1):13-22.
4. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med.* 1994;69(8):670-9.
5. Christakis DA, Feudtner C. Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas faced by medical students. *Acad Med.* 1993;68(4):249-54.
6. Reddy ST, Farnan JM, Yoon JD, Leo T, Upadhyay GA, Humphrey HJ, et al. Third-year medical students' participation in and perceptions of unprofessional behaviors. *Acad Med.* 2007;82(10 Suppl):S35-9.
7. Brainard AH, Brislen HC. Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. *Acad Med.* 2007;82(11):1010-14.
8. Collier VU, McCue JD, Markus A, Smith L. Stress in medical residency: status quo after a decade of reform? *Ann Intern Med.* 2002;136(5):384-90.
9. Arora VM, Wayne DB, Anderson RA, Didwania A, Farnan JM, Reddy ST, Humphrey HJ. Changes in perception of and participation in unprofessional behaviors during internship. *Acad Med.* 2010;85(10 Suppl):S76-80.
10. Maslach C JS, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual.* 3.a ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1996.
11. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA.* 2004;292(23):2880-89.
12. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA.* 2006;296(9):1071-8.
13. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358-67.
14. Azzarito L. Gender, the hidden curriculum and physical education through girls' eyes. *Research Quarterly for Exercise and Sport.* 2011;82(1):A33-A33.
15. Barbón-Pérez OG, Borges-Oquendo L, Añorga-Morales JA. La Educación Avanzada ante las exigencias de los procesos de profesionalización pedagógica en la Educación Médica. *Educación Médica Superior.* 2015, 29(2).
16. Fernández-Sacasas JA. Educación médica: el objeto, el sujeto desdoblado y el contexto. *Educación Médica Superior.* 2012;26(3):361-63.
17. Domínguez LC. Instrumentos para la evaluación del clima de aprendizaje en residencias médicas: síntesis de la evidencia a la luz de las definiciones psicométricas. *Educ Med;*2018;19 Sup(s3):335-49.
18. Lizzio A, Wilson K, Simons R. University students' perceptions of the learning environment and academic outcomes: implications for theory and practice. *Stud High Educ.* 2002;27(1):27-52.

19. Roff S, McAleer S, Skinner A. Development and validation of an instrument to measure the postgraduate clinical learning and teaching educational environment for hospital-based junior doctors in the UK. *Med Teach*. 2005;27(4):326-31.
20. Lombarts KM, Heineman MJ, Scherpbier AJ, Arah OA. Effect of the learning climate of residency programs on faculty's teaching performance as evaluated by residents. *PLoS One*. 2014;9(1):e86512.
21. Biggs J, Tang C. *Teaching for quality learning at university*. Maidenhead, Berkshire, UK: McGraw-Hill Education; 2007.
22. Cassar, K. Development of an instrument to measure the surgical operating theatre learning environment as perceived by basic surgical trainees. *Medical teacher*. 2004;26(3):260-64
23. Feletti GI, Clarke RM, Construct validity of a learning environment survey for medical schools. *Educational and Psychological Measurement*. 1981;41(3):875-82.
24. Pololi L, Price J. Validation and use of an instrument to measure the learning environment as perceived by medical students. *Teaching and learning in Medicine*. 2000;12(4):201-07.
25. Suárez-Obando F, Díaz-Amado E. La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta bioethica*. 2007;13(1):107-13.
26. Rojas A. "Currículo oculto" en medicina: una reflexión docente. *Revista médica de Chile*. 2012;140(9):1213-17.
27. Balboni MJ, Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, Amobi A, Cahill J, et al. Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(4):507-15.
28. Hamui-Sutton A, Vives-Varela T, Gutiérrez-Barreto S, Castro-Ramírez S, Lavalle-Montalvo C, Sánchez-Mendiola M. Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en educación médica*. 2007;3(10):74-84.
29. Marcillo CC. ¿Qué es el currículo oculto? *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 2019;3(1):58-66.
30. Jackson PW. *La vida en las aulas*. Madrid: Ediciones Morata, 1998.
31. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73(4):403-7.
32. Prat-Corominas J, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (II): educación centrada en el que aprende. *Educ Med*. 2010;13(4): 197-203.
33. Gaufberg EH, Batalden 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.
34. Sinclair S. *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*. Oxford, UK: Berg; 1997.
35. Helman C. The dissection room. En: *Body Myths*. London, UK: Chatto and Windus; 1991. p. 114-23.
36. Coldicott Y, Pope C, Roberts C. The ethics of intimate examinations-teaching tomorrow's doctors. *BMJ*. 2003;326(7380):97-101.
37. Hundert EM, Douglas-Steele D, Bickel J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med Educ*. 1996;30(5):353-64.
38. Brainard AH, Brislen HC. Viewpoint: learning professionalism: a view from the trenches. *Acad Med*. 2007;82(11):1010-4.
39. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: the impact of medical education. *Acad Med*. 2001;76(6):598-605.
40. Ginsburg S, Regehr G, Stern D, Lingard L. The anatomy of the professional lapse: bridging the gap between traditional frameworks and students' perceptions. *Acad Med*. 2002;77(6):516-22.
41. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*. 2004;329(7469):770-3.
42. Haidet P, Kelly PA, Chou C, Communication, Curriculum, and Culture Study Group. Characterizing the patient-centeredness of hidden curricula in medical schools: development and validation of a new measure. *Acad Med*. 2005;80(1):44-50.
43. Torralba KD, Jose D, Byrne J. Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clin Rheumatol*. 2020;39(3):667-671.
44. Doja A, Bould MD, Clarkin C, Eady K, Sutherland S, Writer H. The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Med Teach*. 2016;38(4):410-18.
45. Bates V. Yesterday's Doctors: The Human Aspects of Medical Education in Britain, 1957-93. *Med Hist*. 2017;61(1):48-65.
46. MacLeod A. The hidden curriculum: is it time to re-consider the concept? *Med Teach*. 2014;36(6):539-40.
47. Martimianakis MA, Michalec B, Lam J, Cartmill C, Taylor JS, Hafferty FW. Revue de l'humanisme, curriculum caché et réforme de l'éducation: revue de la portée et analyse thématique. *Acad Med*. 2015;90(11 Suppl.):S5-S13.
48. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review. *Acad Med*. 2018;93(4):648-56.