

El Currículum oculto

Jose Ramón Loayssa. Doctor



Uno de los grandes desafíos de la Educación Médica es la promoción de actitudes y valores profesionales y una orientación hacia el paciente compasiva y holística. En muchas ocasiones se ha constatado que los médicos finalizan su formación con importantes déficits en este terreno. Los intentos de mejorar la Educación Médica en esa dirección a menudo resultan baldíos y los resultados escasos.

Una de las razones del fracaso de los esfuerzos educativos para cubrir ese déficit, desde luego no la única, es que a menudo esos esfuerzos se concentran a nivel de los programas educativos formales y al contenido de estos pero se olvida el ambiente en el que tiene lugar la educación y todos los factores que en el contexto educativo forman parte del denominado "currículo oculto". Acad. Med 1998; 73:403-407.

La cultura de una institución sanitaria y educativa penetra de forma imperceptible en la mente de los médicos en cuestión comenzando por las prioridades reales de la política sanitaria y educativa. **El currículo oculto** refleja todo aquello que los estudiantes y médicos en formación aprenden pero que no está oficialmente en el programa. Este aprendizaje no es necesariamente negativo desde el punto de vista formativo.

Aunque los estudiantes raramente han oído el término, no hay duda que la mayoría son capaces de reconocer hechos como la presión implícita a complacer a los superiores y no entrar en conflicto con la cultura dominante entre los colegas y las instituciones donde estudias y/o trabajas. Constituyen una especie de reglas no escritas para sobrevivir, ser aceptado y progresar. Así muchos estudiantes y residentes que cuando comienzan pueden ser altruista y guiados por las propias ideas opiniones y valores, se convierten en obedientes autómatas.

Los estudiantes y los médicos en formación observan comportamientos deshumanizados de sus tutores y de médicos con experiencia de los que aspiran a ser parte en el presente y en el futuro. Ante una situación de éste tipo el dilema es qué hacer. Por ejemplo si un residente está presente cuando se lleva a cabo una broma sobre un paciente, realizada por un adjunto que mantiene en general una atención clínica de calidad y además no es de aquellos que deja que el residente se enfrente solo a casos complejos o a la sobrecarga asistencial mientras él está muy "ocupado" con un juego del ordenador, el desafío para el residente es enorme: *¿que debe hacer?*, *¿Reirse?* *¿Mostrar complicidad?*, *¿Intentar pasar desapercibido?* *¿Permanecer en silencio?*

En ocasiones a los observadores de estos hechos solo les queda la incomodidad o sentirse avergonzados, en otros recurren a justificar la acción y unirse a la "fiesta". Pero sobre todo hay que preguntarse como afecta todo ello a su imagen de lo que debe ser un médico.

No hay que olvidar que muchas de esas conductas en muchas ocasiones no solo son mecanismos defensivos ante situaciones frustrantes o incómodas. Además a veces es difícil distinguir un comentario humorístico sin agresividad de otro sarcástico y destructivo, especialmente para médicos en formación o estudiantes, que son como esponjas, para adquirir conocimientos pero también actitudes. Si estos aprendices observan comportamientos de sus "modelos" clínicos aparentemente rechazables que son aceptados, ¿qué razón hay para no interiorizarlos y reproducirlos ellos mismos cuando llegue la ocasión?...aceptar y practicar estas reglas no escritas es una condición indispensable para ser incluidos en el grupo que las profesa.

Los médicos en formación deben encontrar espacios en los que poder ventilar sus sentimientos en estas situaciones y poder elaborar

una alternativa personal que poner en práctica. Los tutores y docentes, por otra parte debemos aprovechar la capacidad de los estudiantes y residentes y detectar incongruencias en nuestra conducta y en la cultura de la institución en la que trabajamos y enseñamos. Si logramos que compartan con nosotros sus experiencias y sus sentimientos podemos obtener un feed-back que nos permita ser mejores profesionales y de rebote podremos ayudarles a que sean capaces de actuar a favor del paciente de un modo no conflictivo.

Podemos diferenciar entre el **currículo informal** que es el que se lleva a cabo de forma oportunista en los encuentros entre docentes y estudiantes generalmente durante la atención clínica o al menos fuera del aula, y el **currículo oculto** que correspondería a las influencias relacionadas con la estructura de la organización y su cultura. Incluimos a continuación un ejemplo de lo que se considera habitualmente currículo oculto.

Ejemplo de Currículo Oculto

Un modo de acercarnos al currículo oculto es desde la perspectiva de la narrativa. Considerar como la cultura en una institución se expresa en una serie de historias que sirven para dar significado a lo que pasa y modela la percepción de los sucesos y la respuesta que es esperable por los individuos en ese contexto. Jack Coulehan (1) describe algunos rasgos de las historias del hospital? aunque reconoce que puede conllevar cierta simplificación.

¿Es necesaria dedicar atención a la textura del hospital en particular a su cultura oral, las historias que te rodean en él. ¿Qué clase de historias son? ¿Cómo pueden categorizarse? ¿Qué narrativas son especialmente significativas? ¿Cómo se relacionan entre si? ¿Qué nos enseñan sobre lo que significa ser un buen médico? ¿En otras palabras en que universo moral tiene lugar la educación clínica?.

La primera sorprendente observación que puede hacerse es que la mayor vitalidad de este universo está fuera de la habitación del paciente. El mundo narrativo esta más vivo en los pasillos del hospital docente, en los controles y en los despachos y salas de reuniones. En general se puede descubrir que los médicos entran en las habitaciones de los pacientes tan pocas veces como sea posible, y cuando entran escuchan a los pacientes tan poco como seaposible. En vez de escuchar acuden con una objetivo concreto en su mente: un procedimiento que realizar o un parámetro que medir. Sus interacciones cara a cara parecen que juegan un papel muy limitado en la sabiduría que trasmite la cultura del hospital.

El segundo interesante rasgo de las historias que impregnan la cultura del hospital es que no tienen a los pacientes como protagonistas activos. Mas bien los pacientes constituyen inteligentes, frustrantes e incluso estúpidos sujetos de una trama que presentan obstáculos o desafíos que puede dificultar su desenlace de la trama o alternativamente ofrecen sorprendentes giros que facilitan la resolución exitosa del misterio. De todos modos los protagonistas reales de estas tramas son habitualmente los médicos, aunque en un porcentaje creciente de narrativas los médicos son una figura secundaria detrás del cyborgs: maquinas de una u otra clase que aclaran las eventos y enderezan su futuro desarrollo.

En relación a los villanos las narrativas del hospital son considerablemente más variadas. En algunos casos los villanos son fuerzas impersonales negativas- virus o accidentes- que difícilmente pueden ser catalogados de villanos. Pero en casos más complejos otros médicos o profesionales sanitarios actúan en papeles malévolos: el subespecialista arrogante, el cirujano hambriento de poder, la enfermedad indolente, el estudiante de medicina estúpido, etc. A veces la familia del paciente puede jugar el papel de malvado ya sea porque están demasiado presentes (la hija preguntona por ejemplo) o porque no asumen sus responsabilidades (el hijo que nunca aparece). Finalmente los mismos pacientes pueden ser el tipo malo? con guiones que demuestran ignorancia, enfado y, sobre todo, falta de adherencia. Adicionalmente los pacientes representan otro importante papel en las historias hospitalarias, protagonistas de cuentos de humor negro.

Desde una perspectiva emocional muchas de las historias hospitalarias muestran pacientes bastante carentes de emociones aun cuando son intelectualmente estimulantes. Incrustados en los pacientes se encuentran puzzles muy complejos: Misterios diagnósticos y adivinanzas fisiológicas.

Estos dilemas comparten ciertas características con los crucigramas y puzzles y otros juegos que requieren velocidad, resistencia y coordinación psicomotora. De todas las historias son bidimensionales porque contienen poca resonancia emocional. Sin embargo, esta falta de resonancia emocional en las historias de médicos y pacientes no se extienden a las interacciones entre profesionales y de estos con los estudiantes. La mayoría de los sentimientos en la cultura médica que son reconocidos son aquellos

que indican actitudes negativas y que a menudo se expresan de forma explosiva: ¿ese de la 215 es un verdadero calvario?, ¿este sitio apesta?, ¿estoy tan harto que me pondría a gritar?. Aunque estas expresiones son permisibles en general se favorece la aceptación estoica. Esto en realidad constituye otro modo como los médicos pueden expresar su superioridad sobre los pacientes que a menudo son demasiado emocionales y permiten que la subjetividad se apodere de ellos.?

Coulehan J. Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart.

Acad Med 2005; 80:892-898.