



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA

**MAESTRÍA EN PEDAGOGÍA  
CON  
MENCIÓN EN DOCENCIA UNIVERSITARIA**

“Percepción del currículo oculto por estudiantes de pregrado, medicina interna y cirugía general, Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez, Managua, Nicaragua, septiembre 2019 a enero 2020.”

**AUTOR: Dr. Alexander Rubén Mendoza Parrales.**

**TUTOR: Dr. Humberto Urroz Talavera.**

Managua, Nicaragua, agosto de 2020.

# Índice.

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. FOCO DE LA INVESTIGACION. ....	3
III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	4
IV. ANTECEDENTES.....	6
V. JUSTIFICACIÓN.....	9
VI. CUESTIONES DE LA INVESTIGACION. ....	11
VII.- PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACION.....	12
VIII.- REVISION DE DOCUMENTOS. ....	13
IX.- PERSPECTIVA TEORICA DE LA INVESTIGACION.....	15
1. El Currículo y sus significados. ....	15
2. Tipos de currículo. ....	16
3.- Hacia la construcción del significado de Currículo Oculto. ....	17
4.- Currículo Oculto en la Formación de la carrera de Medicina.....	19
5.- El currículo oculto y la Violencia Interna Hegemónica. ....	20
6.- La percepción ante la Violencia Interna Hegemónica en Medicina.....	24
X. MATRIZ DE DESCRIPTORES. ....	26
XI.- PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACION. ....	30
Enfoque y tipo de estudio. ....	30
XII.- EL ESCENARIO. ....	32
2. Escenario de la Facultad de Ciencias Médicas. ....	33
3. El Departamento Clínico. ....	35
3.1 Sección de Medicina Interna.....	35
3.2 Sección de Cirugía General. ....	35
XIII.- SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES. ....	36
1. Selección de la Muestra de Estudiantes.....	36
2. Selección de la Muestra de Docentes. ....	39
4. Características de los estudiantes de IV año de la carrera de Medicina. ....	41
XIV.- CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZA EL ESTUDIO.....	42
XV. ROL DEL INVESTIGADOR.....	44
XVI.- ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION. ....	45
1.- La entrevista cualitativa (en profundidad).....	45
2. Grupo Focal. ....	48

XVII.- LOS CRITERIOS REGULATIVOS. ....	50
1. El criterio de credibilidad. ....	50
2. Criterio de Transferibilidad o Aplicabilidad. ....	51
3. Criterio de Confirmabilidad. ....	51
XVIII. ESTRATEGIAS PARA EL ACCESO Y RETIRADA DEL ESCENARIO. ....	53
1. Entrada al escenario. ....	53
2. Retirada del Escenario. ....	54
XIX.- Técnicas de Análisis de la Información.....	55
XX.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS. ....	57
OBJETIVO 1: Conceptos e ideas que tienen los estudiantes de pregrado acerca de la Violencia Interna Hegemónica .....	57
OBJETIVO 2: Apreciación de los estudiantes de las enseñanzas del currículo oculto en el campo médico. ....	63
OBJETIVO 3: Elementos de la experiencia de los estudiantes acerca del apoyo contra la Violencia Interna Hegemónica. ....	75
XXI.- CONCLUSIONES.....	81
XXII. RECOMENDACIONES. ....	84
XXIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. ....	87
XXIV. ANEXOS. ....	90
Anexo Numero 1.....	91
Anexo Numero 2.....	93
Anexo Numero 3.....	95
Anexo Numero 4.....	99
Anexo Numero 5.....	100
Anexo Numero 6.....	105
Anexo Numero 7.....	109
Anexo Numero 8.....	114
Anexo Numero 9.....	120
Anexo Numero 10.....	132
Anexo Numero 11.....	133
Anexo Numero 12.....	134
Anexo Numero 13.....	135
Anexo Numero 14.....	136

## OPINION DEL TUTOR.

El presente trabajo es el resultado del esfuerzo investigativo en el vasto e interesante campo temático que representa el currículo por parte del autor. El currículo por su multidimensionalidad y trascendencia es un objeto de estudio altamente desafiante, que integra desde diversas aristas la posibilidad de amplios campos de intervención, que solo son posibles con su estudio exhaustivo y constante.

En ese contexto, desde el reconocimiento de las múltiples facetas que lo componen el currículo es hoy una de las tareas más trascendentales para todos los actores del campo educativo, desde todos los niveles, su importancia y los retos que implica su ejecución, su actualización, su vigencia resultan simplemente esenciales e indiscutibles.

Por tanto, la comprensión de todas sus dimensiones, interrelaciones es una tarea de primer orden para la universidad. Ante ello, con la puesta en marcha de profundas transformaciones que demanda y exigen nuestra realidad, esta investigación brinda aportes orientados al escenario actual en el que se marcan de forma definitiva las nuevas configuraciones de los currículos.

En el campo medico la complejidad presente del currículo, exige la valoración crítica, cuidadosa y perenne del mismo. Por ello, considero que este estudio constituye un excelente esfuerzo en esta área de investigación educativa, que exige ser discutida y revisada detalladamente para permitir la generación de nuevos puntos de vista que contribuyan a la irrenunciable tarea de la Educación con calidad y pertinencia.

Finalmente, considero que el presente trabajo realizado por el **Dr. Alexander Rubén Mendoza Parrales** constituye un valioso aporte en el campo de la investigación educativa del currículo, especialmente en los entornos de enseñanza médicos-clínicos, al explorar el currículo oculto como uno de esos importantes componentes que lo definen.

---

*Dr. Humberto Urroz Talavera*

Especialista en Medicina de Emergencia  
Master en Docencia Universitaria e Investigación.  
Profesor Titular / Facultad de Medicina  
UNAN-Managua

**Dedicatoria.**

*A Dios por todas sus bendiciones y permitirme aprender constantemente, gracias por su infinito amor.*

*A mis padres, luchadores abnegados, que merecen todo el reconocimiento posible por su amor, enseñanzas y entrega absoluta.*

*A mi esposa por su constante entrega de ánimos, apoyo incondicional, tiempo y comprensión.*

*A mi hermana, por siempre creer en mí y apoyarme incondicionalmente.*

*A mi hermanita Guadalupe y mi sobrino, todo mi amor y entrega.*

**Agradecimiento.**

*A mis padres por su entrega incondicional, constante y su invaluable esfuerzo día a día en mi vida que permiten el presente trabajo.*

*A mi tutor por sus críticas y comentarios.*

*Al Dr. Erasmo Jesús Aguilar Arriola por sus ánimos, valiosos aportes, críticas y sugerencias.*

*A los coordinadores docentes del Departamento Clínico por sus amables gestiones y tiempo compartido.*

*A los docentes participantes por su tiempo, amabilidad y comprensión para la realización de esta investigación.*

*A los estudiantes por ser fuente constante de enseñanzas y conocimientos.*

## **Resumen.**

La presente investigación está orientada a la Percepción del currículo oculto por estudiantes de pregrado, medicina interna y cirugía general, Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez, Managua, Nicaragua, septiembre 2019 a enero 2020. En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN, Managua). El estudio es de tipo cualitativo, las principales estrategias y técnicas empleadas son teórico empírico: Grupos focales, Entrevistas a profundidad y Entrevistas semiestructuradas. Se analizaron los resultados de las entrevistas realizadas a Coordinadores de Asignatura de Medicina Interna y Cirugía General, se revisaron los resultados de entrevistas a los docentes de Medicina Interna y Cirugía General y los resultados de tres grupos focales realizados a los estudiantes. Los hallazgos encontrados en este estudio confirman la existencia de una jerarquía que está presente en los entornos clínicos, reconocida y aceptada por todos los informantes, pero que no forma parte del currículo oficial. Se demuestra la existencia de una jerarquía que inculca a través de variadas normas no oficiales valores de separación, control y poder que son interpretados de forma diferente por los estudiantes como fuente de inequidad e injusticia y por docentes como una práctica que promueve el respeto y los valores. Los estudiantes confirman la existencia de rivalidad entre diferentes áreas de conocimiento, particularmente entre medicina interna y cirugía, resaltando la práctica de la adulación persistente como una situación destacada en los entornos clínicos de cirugía general y que el apoyo brindado a diversas situaciones problemáticas experimentadas por los estudiantes es insuficiente.

**Palabras clave:** Currículo oculto, jerarquía, adulación persistente, apoyo brindado, medicina interna, cirugía general.

## **I. INTRODUCCIÓN.**

El currículo universitario exige ser analizado no como un proyecto estático, sino como una expresión de un equilibrio de múltiples factores, donde un papel esencial lo constituye el entretrejimiento de prácticas que lo conforman, mediadas por una práctica pedagógica. Prácticas todas que confluyen en la formación del tipo de ciudadano y profesional que se requiere para un contexto social y laboral determinado. (Sanz y Hernández, 2014).

Ante esta realidad destaca las diversas modalidades que ofrece y representa el currículo para la educación, resaltando de forma sobresaliente el Currículo oculto particularmente en la formación de los estudiantes de la carrera de Medicina. Este término en particular engloba múltiples significados que convergen en la definición de la actuación final de los protagonistas en el escenario educativo. (Díaz, 2005).

Esta actuación es referida al sistema de códigos empleados en la comunicación, porque las formas de decir o afirmar una cosa no necesariamente convergen con lo que se dice en el plano explícito. Esta situación está crucialmente enmarcada en el plano organizacional, en la enseñanza de la jerarquía en los escenarios clínicos de la carrera de Medicina, en el aprendizaje día a día de las relaciones de poder, sus significados y experiencias. (Díaz, 2005).

Los problemas sociales son complejos, implican relaciones, emociones y fenómenos intangibles que rebasan la capacidad de enfoque que se tiene desde el paradigma cuantitativo, como una alternativa surge el paradigma cualitativo, también conocido como interpretativo, hermenéutico, interpretativo-simbólico o fenomenológico. Este paradigma propone la interpretación de los hechos humanos y sociales como un proceso participativo en la solución de los problemas. (Patiño, 2015).



Por tanto, la investigación educativa es una herramienta valiosa para la comprensión real, directa y particular de la influencia de las enseñanzas en la práctica clínica, comenzando esta formación clínica en las áreas de cirugía general y medicina interna, he aquí el interés de la presente investigación que pretende comprender la percepción del currículo oculto en los estudiantes escogidos, de V año de la carrera de Medicina en las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General. Sobre todo, por la escasa investigación que existe de este ámbito educativo a nivel local.

En este documento se plasma en forma sistematizada, la experiencia y resultados obtenidos durante el proceso investigativo, en el orden del análisis se presentan los propósitos de la investigación, metodología, técnicas e instrumentos utilizados, muestra seleccionada, el escenario, las estrategias de entrada y salida del escenario, conclusiones, recomendaciones.

## **II. FOCO DE LA INVESTIGACION.**

“Percepción del currículo oculto por estudiantes de pregrado, medicina interna y cirugía general, Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez, Managua, Nicaragua, septiembre 2019 a enero 2020.”

### **III PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN, Managua, interesada en la construcción de aprendizajes significativos y duraderos, expresado en su modelo educativo el cual tiene como centro de atención al estudiante, ha emprendido grandes esfuerzos para el mejoramiento continuo, constante y eficaz del currículo, así como de todas las tareas asociadas como parte del compromiso con la calidad y pertinencia de la educación.

La Carrera de Medicina se caracteriza porque dentro de su plan curricular se divide en tres ejes principales de formación: General, Básico y Clínico iniciando este último a partir del séptimo semestre. Por otra parte, la Unidad Académica responsable de dirigir el Área de Formación Clínica es el Departamento de Ciencias clínicas que tiene adscrito cuatro asignaturas que son de Cirugía, Medicina Interna, Ginecoobstetricia y Pediatría.

En el caso de pregrado los estudiantes de medicina al llegar al semestre número cinco de su pensum académico incursionan en una etapa diferente dentro de su formación que se caracteriza por su incorporación directa a los diversos entornos hospitalarios del Sistema de Salud, las dos primeras áreas clínicas con la que los estudiantes tienen contacto corresponde a Medicina Interna y Cirugía. En estos espacios formativos suelen ocurrir una serie de normas, ritos y rutinas, así como procesos de socialización exclusivos del campo médico que llevan a una internalización selectiva de significados, normas y valores. En este contexto es sobresaliente el rol que desempeñan las jerarquías y sistemas de mando que se relacionan a su vez tanto simbólicamente como materialmente, ampliamente difundidos, aceptados y respaldados donde pueden ocurrir situaciones por el uso de la fuerza desde diversas perspectivas.

Por todo lo anterior se plantea la interrogante:

**¿Cuál es la percepción del currículo oculto por los estudiantes de pregrado, medicina interna y cirugía general, ¿Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez, Managua, Nicaragua, septiembre 2019 a enero 2020?**

#### IV. ANTECEDENTES.

El presente trabajo es producto de la maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria de la Facultad de Educación e Idiomas de la UNAN, Managua y el autor no pudo encontrar algún antecedente donde se presente la percepción del currículo oculto en los estudiantes, en la carrera de Medicina General de esta Universidad. Lo anterior ubica al autor como pionero en dicha tarea, obligándolo a realizar su mejor esfuerzo, con el objetivo que la presente investigación sirva de referencia para posteriores análisis del proceso educativo en esta importante área de creciente interés para los diversos procesos educativos que actualmente ocurren.

Se estudiaron algunos trabajos investigativos, destacados en el área de currículo oculto, uno de ellos realizado por Ana Elvira Patiño (2015) en la Universidad de Panamá respecto a **"El Currículo Oculto en la práctica docente y su impacto en el estudiante graduando de la Facultad de Economía de la Universidad de Panamá. Año 2015"**.

Principales conclusiones:

- a) Los hallazgos principales indican que se rechaza la  $H_0$  ("En la Facultad de Economía los profesores no desarrollan prácticas de Currículo oculto") P 5 0 5 de que 50% o menos de los profesores realizan prácticas de Currículo Oculto. Se rechazan los tres  $H_0$  (Hipótesis nula: "En la Facultad de Economía los profesores desarrollan prácticas de Currículo Oculto") de que existe homogeneidad de la interacción de factores y tratamientos.
- b) Se practican las 4 dimensiones planteadas (Currículo oculto-dimensión religiosa, Currículo oculto-dimensión política, Currículo oculto-dimensión ideológica-filosofica y Currículo oculto-valores éticos) pero con mayor frecuencia las dimensiones ideológicas y religiosa. Los estudiantes están de acuerdo con dichas prácticas consideradas que son necesarias para el futuro profesional de la economía, pero desapruaban las prácticas de la dimensión religiosa.

Entre las investigaciones internacionales, una de las más representativas, es un estudio canadiense realizado por Hopkins, L. et al. que trata del **“Plan de Estudios del Currículo Oculto: Exponer las lecciones no deseadas de la educación médica”**, constituido por una muestra de ciento cincuenta y cuatro estudiantes de medicina de tercer año de la Universidad de Ottawa participaron en este estudio de métodos mixtos durante el año académico 2013-2014.

Principales conclusiones:

- a) Los comentarios voluntarios de los estudiantes (N = 108) se clasificaron según cinco temas: 1) Estudiantes que no estaban sensibilizados con el currículo oculto (8; 7.4%); 2) estudiantes sensibilizados, pero no conscientes del currículum oculto (12; 11.1%); 3) estudiantes sensibilizados y conscientes del currículum oculto (34; 31.5%); 4) comentarios sobre metodologías de enseñanza / entorno (43; 39.8%); y 5) sugerencias de mejora (11; 10.2%).

Otro estudio realizado por Lempp H. y Seale C. en 2004 en el Hospital Universitario King's College de Reino unido, titulado **“El currículo oculto en la educación médica de pregrado: Estudio cualitativo de las percepciones de los estudiantes de medicina sobre la enseñanza”**, constituido por una muestra de 36 estudiantes de todos los años académicos a quienes se le realizaron entrevistas semiestructuradas.

Principales conclusiones.

- a) Los estudiantes reportaron la existencia de jerarquía y un determinado grado de exclusividad asociados, Diferencias notables entre los roles de categorías médicas o especialidades que cumplen los médicos.
- b) Los estudiantes señalaron demasiada sobreinformación en salud.

Otro estudio realizado por Murakami M., Hidenobu K. y Maezawa M. en 2009 en el Hospital Universitario de Hokkaido, Japón, titulado: **“La percepción del currículo oculto en la educación médica: un estudio exploratorio”**, constituido por una muestra de a 25 estudiantes a quienes se les realizaron entrevistas semiestructuradas que se le realizaron análisis temático-analíticos exhaustivos.

Principales conclusiones:

- a) Los estudiantes reportaron un bajo interés de los docentes en la educación como la prioridad (es decir se priorizan las actividades asistenciales-clínicas principalmente privadas).
- b) La existencia de jerarquía
- c) También describieron un ambiente cooperativo e inclusivo.

Hay que destacar que no se encontró antecedentes nacionales de estudios similares a nivel académico, relacionados con la percepción de universitarios del currículo oculto, especialmente en la carrera de medicina.

## **V. JUSTIFICACIÓN.**

Hasta este momento, ningún autor ha planteado la percepción del currículo oculto por estudiantes de pregrado de la UNAN, Managua específicamente de la carrera de Medicina, en las Asignaturas de Medicina Interna y Cirugía por lo cual realizar su descripción es una tarea impostergable que será útil para conocer y dejar constancia de cómo interactúan los principales actores en este importante proceso educativo enmarcado en el ámbito del currículo educativo.

En esta investigación se pretende comprender la percepción del currículo oculto, que tienen los estudiantes de pregrado, realizar una descripción de las experiencias, significados y juicios en cuanto a los esquemas de apreciación que son producto de la incorporación de las relaciones de poder en su vida académica, Interpretar la representación que tienen del orden hegemónico preponderante del campo médico y Dilucidar como es el apoyo que reciben ante situaciones en donde predomine el uso de la fuerza ya sea en la dimensión física, simbólica o psicológica.

Con los resultados de esta investigación se podrán conocer pormenores del desarrollo y existencia del currículo oculto dentro del proceso pedagógico universitario, ya que se trata de los procesos de socialización de la educación, es decir, un complejo mundo casi ilimitado, que no es tangible, no está escrito en el papel, no está formalizado explícitamente, sin embargo, aparece y se acepta tal y como es. El currículo oculto es más que una simple transmisión de conocimientos y habilidades, también es un proceso de socialización; consiste en lo que se enseña implícitamente con el ejemplo día a día, no la enseñanza explícita de conferencias, grandes rondas y seminarios. Su influencia es indiscutible porque contribuye marcadamente en la aparición de comportamientos no profesionales.



Los docentes y estudiantes de las Asignaturas de Cirugía general y Medicina interna con esta investigación, podrán comprender que es y que importancia tiene el currículo oculto, como se manifiesta en el día a día de todas las actividades académicas, así como se establecen las relaciones de poder para de esta forma plantear la necesidad de realizar más estudios que indaguen de esta importante temática, muy poco o nada atendida en nuestra realidad hasta el momento.

El impacto que se busca con esta investigación a través de propuestas de actualización y modernización del sistema curricular de las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General, particularmente orientado a la vinculación del Currículo oculto con el currículo formal, de esta forma será apreciado por los estudiantes, docentes, la Institución educativa y sobre todo por la comunidad que gozara de los beneficios de recibir atención médica por nuevos y mejores profesionales de la salud, con los cuales habremos contribuido a formar profesionales competentes comprometidos implícita y explícitamente con el humanismo y los valores éticos, que requiere tanto de adecuados conocimientos científicos como de una alta sensibilidad humana permanente.

## **VI. CUESTIONES DE LA INVESTIGACION.**

¿Cuáles son los conceptos e ideas que tienen los estudiantes de pregrado acerca de la Violencia Interna Hegemónica?

¿Cómo aprecian los estudiantes las enseñanzas del currículo oculto en el campo médico?

¿Qué elementos de la experiencia de los estudiantes acerca del apoyo contra la violencia interna hegemónica existen?

## **VII.- PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACION.**

### **Propósito General:**

Comprender la percepción del currículo oculto por los estudiantes de pregrado medicina interna y cirugía general, Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez, Managua, Nicaragua, septiembre 2019 a enero 2020.”

### **Propósitos Específicos:**

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
  - b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
  - c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.
2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.
3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

## **VIII.- REVISION DE DOCUMENTOS.**

Para la realización de la presente investigación se revisaron varios textos, entre ellos los siguientes:

- **EL CURRÍCULO OCULTO.** Torres Jurjo. (1998). En esta obra se presentan nuevas interpretaciones respecto a aquellas dimensiones del currículum menos atendidas y más difíciles de percibir, pero que están presentes, en toda intervención educativa, por supuesto también en el actuar pedagógico de la educación superior. La obra aporta a retomar el interés del debate sobre el currículo oculto, El autor, a la vez que pretende avivar el interés del debate sobre el currículum oculto, enfatiza la importancia del significado social de las experiencias escolares en las que se ven envueltos tanto los alumnos como el propio profesorado.
- **EL CURRÍCULO OCULTO EN LA EDUCACION PROFESIONAL DE LA SALUD.** Frederic Hafferty. (2014). Esta obra plasma una extensa revisión de las bases conceptuales y particularmente las bases pragmáticas del currículo oculto, desde las principales perspectivas teóricas que le competen, presentando una amplia discusión narrativa, herramientas metodológicas para su evaluación. Presenta una dimensión más amplia del currículo oculto porque muestra la dimensión del mismo en cuatro grandes campos profesionales que son: Medicina, Cirugía, Salud Aliada y Educación Interprofesional. Este texto presenta además una variedad vasta de temas específicos inmersos y propios del currículo oculto como son: El profesionalismo y la Identidad profesional, la salud de las comunidades indígenas y marginadas y el papel de las redes sociales.

- **TEORIA Y DISEÑO CURRICULAR.** Martha Rato. (2009). En esta obra se realiza una aproximación holística al significado del Currículo asumiendo el reto de abordar la complejidad conceptual y metodológica que reúne el currículo, invitando además a importantes reflexiones respecto a la teoría y la práctica del currículo. Aborda al Currículo oculto como una realidad indivisible e inherente al Currículo formal o explícito, planteando la posible situación de tensión entre ambos, mostrando su relevancia y componentes para la práctica educativa actual.

## **IX.- PERSPECTIVA TEORICA DE LA INVESTIGACION.**

### **1. El Currículo y sus significados.**

La palabra currículum es una voz latina que se deriva del verbo curro y que quiere decir carrera, alude a una pista circular de atletismo (a veces se traduce como pista de carrera de carros). Según H. Aebli (1987): “La expresión currículum, hablando gráficamente, significa que los alumnos se dirigen a su objetivo (currere en latín significa caminar, los currículos son los caminos del aprendizaje)”. (Casarini, 2009).

El currículum es un producto de la historia humana que cambia de tiempo en tiempo de acuerdo con las transformaciones e innovaciones en las ideas, en las utopías, en la ordenación de la vida social, en la estructura de los discursos de la vida pública y privada, etc. (Casarini, 2009).

El currículum es visualizado, por una parte, como intención, plan o prescripción respecto a lo que se pretende que logre la universidad, por otra parte, también se percibe, como lo ocurre en realidad en los espacios educativos. El espacio educativo va más allá de las instituciones educativas, interpretadas esta desde su dimensión física-estructural estrictamente dicha, es decir donde surgen relaciones de enseñanza aprendizaje. (Casarini, 2009).

Puede definirse al currículum como el conjunto de experiencias planificadas proporcionadas por la universidad para ayudar a conseguir a los alumnos en el mejor grado los objetivos de aprendizaje proyectados según sus capacidades. Otra definición de interés es la siguiente: Es el esfuerzo conjunto y planificado de toda universidad, destinado a conducir el aprendizaje de los alumnos hacia resultados de aprendizaje predeterminados. (Casarini, 2009).

Por último, una definición de currículo es una serie estructurada de objetivos de aprendizaje que se aspira lograr, este prescribe o al menos anticipa los resultados de instrucción. (Casarini, 2009).

## **2. Tipos de currículo.**

Existen diversos tipos o modalidades de currículo, aquí se reúnen las principalmente aceptadas.

**Currículo explícito o formal** corresponde a la descripción de planes y programas, materiales didácticos sugeridos, guías curriculares y los objetivos que el sistema educativo vigente aspira a alcanzar mediante la aplicación de esos planes.

Por otro lado, el llamado **Currículo operacional (también denominado currículo real)**, es aquel que es resultado de aplicabilidad y utilidad, es decir, cuando se pasa de la teoría (como estudiantes universitarios) a la práctica (en su desenvolvimiento como profesionales).

También existe el **Currículo nulo** que corresponde a un tema de estudio no enseñado o que siendo parte del currículo no tiene aplicabilidad ni utilidad aparente, llegando a considerarse como materias y contenidos superfluos.

Por ultimo tenemos al **Currículo extraoficial**, constituido por las experiencias planeadas, externas al currículo oficial, de carácter voluntario y está vinculado con los diferentes intereses estudiantiles.

### **3.- Hacia la construcción del significado de Currículo Oculto.**

La comprensión teórica y metodológica del concepto de currículum oculto es bastante difícil. El límite entre el currículum formal y el oculto no puede definirse claramente, ya que la relación entre el currículum formal y el oculto es muy variable. En educación, ambos se superponen. En la universidad, básicamente, hay un solo plan de estudios que tiene tres aspectos: (1) lo que se planifica (plan de estudios previsto), (2) lo que se aprende (plan de estudios implementado), (3) y qué experiencia tomarán (el plan de estudios operacional). (Lodjova, 2014).

La descripción del currículum oculto parece ser el más notable; utilizado en la forma de implementación. Por lo tanto, el plan de estudios contiene aspectos formales y ocultos. De manera similar, el proceso de aprendizaje en la universidad no puede caracterizarse solo a través de la educación formal, sino también a través del aprendizaje informal, ya que estos procesos también se superponen. (Lodjova, 2014).

El currículum oculto es una categoría de análisis que nos permite interpretar con mayor facilidad la tensión existente siempre entre intenciones y realidad, entre currículum formal y currículum real. El Currículum oculto es proveedor de enseñanzas, encubiertas, latentes, enseñanzas institucionales no explícitas, brindadas por la universidad. Para los propósitos de la siguiente investigación el Currículum oculto se define como aquello que la universidad enseña sin, en general, tener la intención o ser conscientes de que es enseñado. (Hafferty & O'Donnell, 2014).

Es decir, el currículum oculto representa un trasfondo de normas, valores y regulaciones integradas en el proceso de capacitación que los estudiantes deben asumir y adoptar para funcionar efectivamente en un rol social. Apple (1979) sugiere que la internalización de estas reglas, códigos y valores crea y refuerza activamente los límites de la legitimidad institucional que los estudiantes representarán en sus actividades laborales. (Michalech, Barret y Hafferty, 2013)



La definición precedente se basa en la distinción entre intención y acto, incluida la diferencia entre lo que se representa formalmente como hecho frente a lo que realmente tiene lugar durante el curso de los acontecimientos cotidianos. Una forma paralela de enmarcar esta distinción es lo que se enumera en el catálogo de cursos versus lo que realmente tiene lugar en el espacio educativo. (Michalech et al., 2013).

A veces todas las partes (Facultad, estudiantes, personal, administración) están de acuerdo en que lo que aprendieron los estudiantes fue declarado explícitamente y destinado por la Facultad. Pero en otros momentos puede que no haya tal acuerdo. (Hafferty & O'Donnell, 2014)

Se ha demostrado que la educación profesional reproduce jerarquías, grados de marginación, formas de pensar y otros valores de ese sector ocupacional en particular. Se ha observado que estas propiedades y prácticas de legitimación diferencial existen en la formación médica y se argumenta que se encuentran en costumbres, rituales y experiencias cotidianas que reproducen ideologías relacionadas con la desigualdad y las relaciones estratificadas. (Michalech et al., 2013).

Un Currículo es algo muy complejo, contiene muchas dimensiones y partes. Un atributo importante del Currículo oculto es que es predominantemente de naturaleza social y relacional. Suele encontrarse vinculado a nivel de la cultura organizacional. Este es el lugar donde uno aprende, a menudo tácitamente, como funcionan las cosas aquí. (Hafferty & O'Donnell, 2014).

Por tanto, comprende los contextos organizacionales y los subtextos culturales que dan forma a la forma que los estudiantes dan sentido a sus entornos de aprendizaje. Aspectos poco explorados como la estructura de poder y privilegio y las fuerzas de la cultura organizacional. (Hafferty & O'Donnell, 2014).

El currículo oculto puede ser bastante generalizado y, a menudo, es difícil apreciar o comprender exactamente cuánto está sucediendo de lo justo debajo de la superficie del currículo formal, explícito o tradicional. Los estudiantes aprenden que hay cosas justo debajo de lo formalmente declarado que también deben comprender o dominar para tener éxito, y que muchas de estas cosas difieren de los que se les ha enseñado formalmente que deben saber o hacer. (Hafferty & O'Donnell, 2014).

#### **4.- Currículo Oculto en la Formación de la carrera de Medicina.**

El aprendizaje en educación médica tiene lugar, en gran medida, fuera de un plan de estudios formal. Los lugares de trabajo clínicos son esenciales para el plan de estudios, pero gran parte de lo que sucede en estos contextos no se prescribe ni se prevé en los documentos del plan de estudios. La literatura de educación médica utiliza el término "currículum oculto" para referirse al conjunto de mensajes implícitos sobre valores, normas y actitudes que los alumnos infieren del comportamiento de los modelos de conducta individuales, así como de las dinámicas, procesos, rituales y estructuras grupales. (Mulder, Break, Chen y Cate, 2018).

Estos valores, normas, actitudes y comportamientos relacionados pueden resumirse como "cultura". El currículum oculto en un lugar de trabajo clínico específico se refiere a la transferencia de la cultura de ese lugar de trabajo. A diferencia del currículum formal, el currículum oculto no está documentado y es inferido por los alumnos en lugar de ser entregado intencionalmente por el profesorado. (Mulder et al., 2018).

La modernización de la educación y la formación profesional en muchos campos se caracteriza por formalizar los objetivos educativos y hacer que los valores profesionales sean más explícitos, por ejemplo, mediante la introducción de la gestión de competencias. Esto también se aplica a la formación médica. Los estudiantes de medicina aprenden de acuerdo con el plan de estudios formal. Esto se define por objetivos, materias obligatorias para exámenes, competencias, etc. Pero también aprenden las reglas no escritas, la lógica

específica del mundo médico. Aprenden a comportarse de acuerdo con las normas profesionales y universitarias específicas de la profesión. (Mulder et al., 2018).

Muchos autores han enfatizado la importancia del currículum oculto y algunos incluso lo consideran más poderoso que el currículum formal. En particular, influye fuertemente en el desarrollo de la identidad profesional de los alumnos; el currículo oculto puede alinearse u operar en contra del plan de estudios formal. Dichas divergencias entre el plan de estudios formal y el oculto pueden poner en riesgo la calidad de la atención y la seguridad del paciente y los mensajes compensatorios pueden causar insatisfacción, cinismo, angustia moral y agotamiento en los alumnos. (Mulder et al., 2018).

## **5.- El currículo oculto y la Violencia Interna Hegemónica.**

Como se ha señalado previamente, el currículum oculto representa un trasfondo de normas, valores y regulaciones integradas en el proceso de capacitación que los estudiantes deben asumir y adoptar para funcionar efectivamente en un rol social. (Michalech et al., 2013).

Apple (1979) sugiere que la internalización de estas reglas, códigos y valores crea y refuerza activamente los límites de la legitimidad institucional que los estudiantes representarán en sus actividades laborales. el currículum oculto influye en la estructura y los procesos de educación que perpetúan las desigualdades, fomentan ideologías y prácticas de grupos sociales particulares y facilitan el desempoderamiento individual. (Michalech et al., 2013).

Se ha constatado en múltiples estudios que estas propiedades y prácticas de legitimación diferencial existen en la formación médica y se argumenta que se encuentran en costumbres, rituales y experiencias cotidianas que reproducen ideologías relacionadas con la desigualdad y las relaciones estratificadas. El conocimiento técnico y médico explícito se imparte claramente a los estudiantes de medicina a través de un plan de estudios formal de

cursos, laboratorios y capacitación clínica. Sin embargo, el currículum oculto proporciona un contexto excelente para inculcar las normas y los valores de separación, control y poder. (Michalech et al., 2013).

El currículum oculto se transmite en los pasajes de visita, en las ceremonias, en la adulación persistente; aquí el modelado de roles es un área crucial donde los estudiantes aprenden diversos aspectos de la identidad y responsabilidades profesionales de los médicos donde las experiencias negativas repetidas de aprendizaje pueden tener un impacto adverso en el desarrollo profesional de los estudiantes de medicina. (Michalech et al., 2013).

Aunque la modelización de los comportamientos, los valores y las normas éticas pueden dar lugar a una profesionalización positiva de los futuros médicos como parte de un vínculo entre el currículum formal y el Currículum oculto. (Michalech et al., 2013).

Diversas investigaciones han demostrado que los estudiantes son testigos de médicos que abiertamente se burlan de los pacientes, faltan el respeto a otros trabajadores de la salud, ponen en riesgo a los pacientes e ignoran muchos procedimientos hospitalarios y las normas éticas dentro o fuera de su institución, esto incluye a los médicos docentes. (Witman, 2014).

En este sentido es así que podemos referirnos a la violencia en medicina concepto que denota pluralidad de significados y que por su parte el Diccionario de la Real Academia Española define como violento como “que se hace contra el gusto de uno mismo, por ciertos respetos y consideraciones”. (Moreno y Sepúlveda, 2013).

La violencia interna hegemónica es la que se practica entre médicos, personal de salud y pacientes. Cuando esta violencia procede de las estructuras de poder vigentes. Es decir, es la que se ejerce entre actores del campo médico, incluyendo al personal de salud (estudiantes, médicos, personal de enfermería, entre otros). (Castro y Villanueva, 2018).

Dichos actores ocupan distintas posiciones de poder en el campo médico, el cual está estructurado tanto simbólicamente como materialmente. La estructuración simbólica se refleja en las jerarquías establecidas en función de criterios como el *prestigio de la especialidad y subespecialidad* médica de los actores, el *prestigio de la institución* donde trabajan. La estructuración material del campo se da a través de la organización de las instituciones médicas mediante claras líneas de autoridad y sigue dos ejes simultáneamente: el académico y el administrativo. (Castro y Villanueva, 2018).

Las jerarquías del campo médico suelen expresarse también con violencia. En este caso hablamos de Violencia Interna Hegemónica, caracterizada por ser ejercida por figuras de autoridad sobre actores subalternos en el campo médico, y de refrendar, en ese mismo acto, el orden jerárquico y los valores entendidos dentro del campo. (Castro y Villanueva, 2018).

La Violencia Interna Hegemónica ocurre entre actores del campo médico y, al descansar en las jerarquías que estructuran el campo, cuenta con una amplia legitimidad que se expresa como aceptación pasiva o reconocimiento de que “así son las cosas”. Este tipo de violencia es parte del *habitus* de los profesionales de la salud, que se adquiere durante la formación profesional e incluye esquemas de percepción y apreciación que son producto de la incorporación de relaciones de poder y violencia. (Castro y Villanueva, 2018).

El concepto de *habitus* en la presente investigación hace referencia a las formas inherentes del liderazgo médico en la organización hospitalaria. El *habitus* se desarrolla en un proceso de socialización y puede definirse como un sistema de disposiciones: esquemas duraderos y subconscientes de percepción y apreciación que activan y señalan el camino a la práctica. Las disposiciones no son directamente visibles, pero se revelan en ciertos patrones visibles de comportamiento, modales y creencias: en las prácticas. El *habitus* asegura que las personas den su mundo social por sentado. (Witman, 2014).

El *hábitus* médico, la forma vital de pensar y actuar, generalmente se transfiere de manera informal e implícita en la práctica. Por lo tanto, el impacto de esta forma de aprendizaje está subestimado, al ser parte del currículo oculto; como resultado de lo cual los cambios en los planes de estudio tienen efectos insuficientes. Al ser parte de su *hábitus*, la Violencia Interna Hegemónica es normalizada por casi todos los actores que conforman el campo médico. (Witman, 2014).

La Violencia Interna Hegemónica puede darse entre profesionales de distintos rangos; por ejemplo, de los médicos especialistas hacia los médicos generales y por su posición subalterna, los estudiantes de medicina son objeto frecuente de este tipo de violencia. (Castro y Villanueva, 2018).

La Violencia Interna Hegemónica puede ser física, psicológica o simbólica. La primera no suele producir lesiones importantes o amenaza a la vida; se trata más bien de patrones de interacción con cierto nivel de agresiones físicas como parte de la rutina. Por observación sabemos que está presente en ciertas técnicas de enseñanza. Por ejemplo, entre los estudiantes de medicina es chiste común llamar la técnica pedagógica “aprendizaje basado en problemas” por el sobrenombre de “aprendizaje basado en pinzazos”, haciendo alusión al uso de golpes con instrumentos quirúrgicos de los cirujanos a los estudiantes o residentes que los asisten en las operaciones. (Castro y Villanueva, 2018).

La violencia Interna Hegemónica psicológica corresponde a una manifestación del currículo oculto que se manifiesta en la práctica de la humillación, ante diversas situaciones que pueden ocurrir por el desconocimiento exacto de los rituales o procedimientos como puede ocurrir en los escenarios de quirófano cuando los estudiantes ingresan por primera vez y no conocen todos los procedimientos o en la presentación de casos con relativa mayor frecuencia. (Castro y Villanueva, 2018).

La violencia Interna Hegemónica simbólica se muestra en su mejor expresión mediante el significado de la autoridad a través de la enseñanza que involucra la humillación. Situaciones tales como cuando los estudiantes no pueden responder la misma pregunta repetida o cuando son criticados por un examen clínico inadecuado. A menudo las investigaciones revelan excusas para tal comportamiento por parte del personal docente superior o señalan que los estudiantes se culpan a sí mismos por estos eventos. (Lempp & Seale, 2004).

#### **6.- La percepción ante la Violencia Interna Hegemónica en Medicina.**

La investigación ha reportado que el proceso de educación profesional de los actores del campo médico exige “formar un carácter”, lo que incluye la incorporación de herramientas para ver, vivir y evaluar las formas de violencia previamente citadas como naturales, inevitables, necesarias. Por consiguiente, existe un adormecimiento de la conciencia respecto a la violencia de la que han sido objeto y la que se ejerce sobre los subalternos. (Castro y Villanueva, 2018).

Por esto existe muy poca reprobación de la violencia interna hegemónica entre los profesionales ya formados, sobre todo en aquellos que ocupan posiciones de poder en el campo médico, estas posiciones de poder involucran a los docentes. (Castro y Villanueva, 2018).

Es llamativo el hecho de que la literatura señala la existencia de impunidad que desempeña un papel importante en el proceso de silenciamiento y normalización de la Violencia Interna Hegemónica. Los estudiantes y profesionales de la salud perciben que no hay apoyo de sus superiores y las instituciones cuando reportan episodios de violencia. Esta impunidad a veces descansa en mecanismos de denuncia circulares, donde las quejas deben ser resueltas por los mismos actores que ejercen la violencia. (Castro y Villanueva, 2018).

Por lo tanto, una de las estrategias de legitimación de la violencia en los espacios de educación clínica consiste en la construcción de narrativas que distorsionan los hechos y ponen en duda la integridad de las víctimas, a quienes se etiqueta como “problemáticas” y se les aplican castigos, lo que genera miedo y sabotea las denuncias. Además, ocurre con excesiva frecuencia silenciamiento a través de la distorsión y la etiquetación de los denunciados donde los estudiantes adquieren reputación de “débiles” o “flojos” que “no aguantan” el proceso de formación. (Castro y Villanueva, 2018).

Esta narrativa reportada por la investigación académica esgrime que esos estudiantes no tenían “la vocación” necesaria para ser médicos. Interpretándose de esta forma diversas dimensiones de violencia, que ocurren simultáneamente en los espacios educativos, desvinculadas todas ellas de la propuesta que plasma el Currículo oficial; ofreciendo la oportunidad de convertir estas experiencias hacia formas favorables a través de su reconocimiento activo. (Lempp & Seale, 2004).

En última instancia, la Violencia Interna Hegemónica funciona como práctica disciplinaria para mantener el orden jerárquico del campo médico, asegurando que los estudiantes se acostumbren a tener este tipo de situaciones y asuman esta condición como parte normal de su quehacer en el campo. (Castro y Villanueva, 2018).



## X. MATRIZ DE DESCRIPTORES.

Objetivo Especifico	Cuestiones de Investigación	Preguntas Específicas de Investigación	Técnica	Fuentes
<p>1.Describir:</p> <p>a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.</p> <p>b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.</p> <p>c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna</p>	<p>¿Cuáles son los conceptos e ideas que tienen los estudiantes de pregrado acerca de la Violencia Interna Hegemónica?</p>	<p>Narre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Las situaciones que usted considera como desagradables o excesivas desarrolladas hacia usted durante sus rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.</li> </ul> <p>Explique:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cómo se organiza la vida medica dentro de los hospitales?, ¿Cómo es la cadena de poder o mando que existe dentro de la vida medica? ¿Cuáles son sus funciones y privilegios que existen asociados a esta organización?</li> </ul> <p>Narre:</p>	<p>Grupos Focales</p> <p>Entrevistas a Profundidad</p> <p>Entrevistas Semiestructuradas</p>	<p>Coordinadores Académicos de Asignaturas Medicina Interna y Cirugía General</p> <p>Docentes de Cirugía General</p> <p>Docentes de Medicina Interna</p> <p>Estudiantes de pregrado de V año de la carrera de medicina.</p>

<p>hegemónica simbólica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cuál es la importancia para usted que se enseñe y se practique este tipo de organización?</li>   <li>➤ ¿Qué sucede si durante un pase de visita no tenía o no podía tener la respuesta?</li>   <li>➤ ¿En las clases teóricas recibidas en la universidad se habla del sistema organizacional que rige en los hospitales?</li>   <li>➤ ¿En cuanto a la toma de decisiones grupales del trabajo colaborativo consideran ejemplares los modelos desarrollados en los servicios que usted roto? ¿Por qué?</li>   <li>➤ ¿La adulación forma parte o acompaña al poder, a la jerarquía dentro de los estratos en el</li> </ul>		
------------------------------	--	--	--	--

		<p>campo médico? ¿Cómo se muestran estos elementos en las clases teóricas impartidas en la universidad?</p>		
<p>2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.</p>	<p>¿Cómo aprecian los estudiantes las enseñanzas del currículo oculto en el campo médico?</p>	<p>Narre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Cuáles son los rituales y procesos y por qué deben aprenderse para tener éxito en el hospital? ¿Cómo se abordan estos procesos en las clases y actividades teóricas desarrolladas en la universidad?</li> </ul>	<p>Grupos Focales</p> <p>Entrevistas a Profundidad</p> <p>Entrevistas Semiestructuradas</p>	<p>Coordinadores Académicos de Asignaturas Medicina Interna y Cirugía General</p> <p>Docentes de Cirugía General</p> <p>Docentes de Medicina Interna</p> <p>Estudiantes de pregrado de V año de la carrera de medicina.</p>
<p>3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica</p>	<p>¿Qué elementos de la experiencia de los estudiantes acerca del apoyo contra la violencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ante situaciones que ustedes encontrarán desfavorables ¿Qué acciones emprendían? ¿Cuál ha sido el papel que la universidad ha mostrado ante</li> </ul>	<p>Grupos Focales</p> <p>Entrevistas a Profundidad</p> <p>Entrevistas Semiestructuradas</p>	<p>Coordinadores Académicos de Asignaturas Medicina Interna y Cirugía General</p> <p>Docentes de Cirugía General</p>

	<p>interna hegemónica existen?</p>	<p>este tipo de situaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ¿Es necesario expresar su descontento ante este tipo de situaciones o pueden ser catalogados como problemáticos?</li> <li>➤ ¿Consideran necesario que se presenten este tipo de situaciones para formar el carácter que todo médico debe tener</li> </ul>		<p>Docentes de Medicina Interna</p> <p>Estudiantes de pregrado de V año de la carrera de medicina.</p>
--	--	---	--	--

## **XI.- PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACION.**

### **Enfoque y tipo de estudio.**

Esta investigación fue realizada con enfoque cualitativo, bajo la perspectiva descriptiva, exploratoria, de corte transversal y focalizado en una micro etnografía educativa.

La selección de la metodología cualitativa está basada en el carácter subjetivo y complejo del fenómeno educativo que se pretende analizar, en él se conjugan fenómenos tangibles e intangibles que solo pueden ser valoradas adecuadamente mediante el método cualitativo poseedor de un fundamento decididamente humanista, para entender la realidad de la sociedad, aprecia la vida social como la creatividad compartida de los individuos, lo cual posibilita que la realidad sea percibida como objetiva, viva, cambiante, dinámica y cognoscible para todos los participantes en la interacción social.

Es descriptiva porque se trata de hacer una representación, lo más completa posible del Currículo oculto, en cuanto a la percepción de los estudiantes de grado que llevan a cabo en las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General. Es de tipo exploratoria, porque parte de los conocimientos generales que se aproximan para dar explicación del proceso enseñanza aprendizaje como un todo y de esta manera poder identificar sus problemas particulares, además el tema en estas asignaturas ha sido poco investigado, lo cual obliga al autor a indagar sobre el fenómeno.

Es de corte transversal debido que se comprende la percepción del Currículo oculto en las Asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General, en un momento específico de su desarrollo que es el segundo semestre de 2019.

El termino etnografía viene del griego “Etnos” que significa pueblo y “graphein” que significa describir. Por lo tanto, el Ethnos, es la unidad de análisis para el investigador (Martínez, 2011). Este trabajo investigativo es microetnografico porque se focaliza en observar e interpretar los fenómenos que ocurren en una sola institución social.

## **XII.- EL ESCENARIO.**

En relación a la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, es importante rescatar que los antecedentes de la educación media en Nicaragua datan de 1812, año en que se decreta la constitución del Seminario de San Ramón, en León, donde se formaban los estudiantes que luego debían viajar a Guatemala para obtener los grados de bachiller, licenciado o doctor.

La fundación de la Universidad en Nicaragua, estuvo influida por las ideas ilustradas, que, en el caso de esta Provincia, expresaban la aspiración por librarse de la sujeción guatemalteca. La fuerte incidencia que Guatemala demostró sobre Nicaragua llevó a los líderes de la Provincia a concebir la necesidad de empezar a crear sus propios espacios de educación superior.

Las guerras federales que afectaron también a Nicaragua no permitieron un funcionamiento normal de la Universidad, en especial con la guerra que se realizó contra el gobierno de Dionisio Herrera a partir de 1829 y que se extendió hasta 1832.

En la década del 40 del siglo XIX se fue suscitando una inquietud por mejorar el funcionamiento de la Alta Casa de estudios de León; no obstante, esto sólo aconteció hasta 1847 cuando se adoptaron los reglamentos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y se instaló el Protomedicato y la Facultad de Medicina.

La fundación de la nueva Universidad en Managua se llevó a cabo en 1941 y cerró sus puertas en 1944 debido a las protestas contra los deseos de reelección de Anastasio Somoza García.

Por tanto, la UNAN Managua es una institución de carácter público, con autonomía académica, orgánica, administrativa y financiera, está situada de los semáforos de ENEL central 2 kilómetros al sur, en el distrito V (5) de la capital. La estructura física de la universidad está compuesta por 66 pabellones, los cuales son destinados para oficinas administrativas, cubículos para los docentes, aulas de clase, centros de documentación y laboratorios, existe un edificio exclusivo para la biblioteca central, además de auditorios, bares y una zona para la residencia de los estudiantes internos. La institución cuenta con cinco facultades (Ciencias e Ingenierías, Educación e Idiomas, Ciencias Económicas, Humanidades y Ciencias Jurídicas, Ciencias Médicas).

El escenario donde se realizó la investigación fue en el Auditorio 6606, aulas del pabellón 66, en la Facultad de Ciencias Médicas, del Recinto Universitario Rubén Darío de la UNAN Managua; en estos lugares se establecieron los respectivos contactos con los estudiantes de pregrado y los profesores principales de las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General de la carrera de medicina. Con ellos se logró las particularidades trasfondo de normas, valores y regulaciones integradas en el proceso de capacitación que los estudiantes deben asumir y adoptar para funcionar efectivamente en un rol social; es decir las reglas no escritas, la lógica específica del mundo médico. También consultadas a las principales figuras académicas como actores decisivos en la presente investigación.

## **2. Escenario de la Facultad de Ciencias Médicas.**

Misión: La Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua, forma profesionales de la salud en pre y postgrado, de manera integral, caracterizado por una alta competencia científico técnica, alto grado humanístico y de justicia social, con sentido ético y responsabilidad en los procesos de promoción, curación y rehabilitación de la salud y comprometidos con la conservación del medio ambiente. Así mismo la Facultad realiza proyectos de investigación y de extensión social a nivel comunitario e instituciones gubernamentales nacionales e internacionales con el fin de contribuir a elevar el nivel de vida y satisfacer las necesidades de salud del pueblo de Nicaragua.



Visión: Liderar la formación de profesionales de la salud a nivel nacional y regional y en la generación de nuevos conocimientos, reconocida por su excelencia académica y su acreditación a nivel nacional e internacional que se distingue por una elevada competencia científico-técnica, aportando al desarrollo social y tecnológico en correspondencia con las necesidades en salud de la población.

Está constituida por los Departamentos de Ciencias clínicas, Ciencias Morfológicas, Ciencias Fisiológicas, Odontología, Optometría, Medicina Preventiva, Microbiología y Parasitología.

La oferta académica para pregrado es la siguiente: Medicina y cirugía, Odontología y Optometría Médica. Para el post grado se ofertan: Anatomía patológica, Anestesia, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Ginecoobstetricia, Medicina física y Rehabilitación, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Radiología y Urología.

Localizada entre los pabellones 44 y 66 de la UNAN, Managua cuenta con oficinas administrativas donde se ubican los diferentes departamentos y secciones, auditorios, laboratorios y aulas de clase. La infraestructura es en general de paredes de concreto, puertas de madera, verjas de hierro, ventanales con paletas de vidrio, techo de zinc, piso de cerámica y cielo raso de madera y poroplast, las paredes están pintadas con colores pastel mate, que le dan un aspecto claro y tranquilo, se observa una buena cantidad de jardines debidamente preservados tanto dentro del recinto como alrededor del mismo, todo ello propicia un ambiente agradable.

Por detrás y al lado oeste del pabellón 24 se observa una plazoleta con piso de cemento y con capacidad para que aproximadamente 600 personas interactúen, de hecho,

este es un espacio que se utiliza para actividades culturales de diversa índole, sirve también como una amplia entrada a la Biblioteca Central Salomón de la Selva, ocasionalmente se realizan ferias y concursos de oratoria y canto en dicho espacio citado.

### **3. El Departamento Clínico.**

Este Departamento agrupa las secciones correspondientes a las Asignaturas de: Medicina Interna, Cirugía General, Ginecoobstetricia y Pediatría. Este departamento se rige bajo la dirección del vice decano clínico de la Facultad.

#### **3.1 Sección de Medicina Interna.**

Según el Coordinador de la Sección de Medicina Interna este atiende exclusivamente la carrera de Medicina General, cuenta con 16 docentes, en los cuales la experiencia docente varía entre los 3 a 30 años, 5 de ellos son de Medio tiempo, 8 son de cuarto de tiempo y 2 son profesores horarios. Actualmente esta sección atiende a un estimado de 113 estudiantes.

#### **3.2 Sección de Cirugía General.**

Según el coordinador de la Sección de Cirugía General este atiende exclusivamente la carrera de Medicina General, cuenta con 15 docentes, en los cuales la experiencia docente varía entre 1 año a 30 años, 2 de ellos son medio tiempo, 10 de ellos son Cuarto de Tiempo y 3 son profesores horarios. Actualmente esta sección atiende a un estimado de 95 estudiantes.

### **XIII.- SELECCIÓN DE LOS INFORMANTES.**

#### **1. Selección de la Muestra de Estudiantes.**

Fueron escogidos seis estudiantes que reciben conferencias, seminarios y actividades prácticas concernientes a su respectiva rotación tanto para la asignatura de Medicina Interna como para la asignatura de Cirugía General, la selección se realizó mediante una matriz de tipo de variación máxima para lo cual en la primera actividad de observación de clase teórica, se procedió a entregarles a todos los estudiantes, una hoja con diferentes preguntas de donde se obtuvieron los criterios para elaborar la matriz de variación máxima.

Para incrementar los diferentes puntos de vista se escogieron informantes diferentes edades y procedencias, se priorizo escoger una cantidad equilibrada entre ambos sexos, haber aprobado todas las asignaturas del semestre anterior, que sea la primera vez que cursa la asignatura, asistencia a la mayoría de sus actividades prácticas de manera regular y puntualmente, quedando conformado el grupo con cuatro féminas y un varón, sus edades oscilaron entre 18 y 24 años, uno de los estudiantes es procedente del interior del país.

**Matriz de variación máxima para estudiantes (Tabla No. 1).**

Criterios	1	2	3	4	5
Lugar de Procedencia					
Chinandega, León, Carazo, Granada, Rivas					
Managua					
RAAN, RAAS, Rio					

San Juan, Otros					
Matagalpa, Jinotega, Estelí, Nueva Segovia, Madriz, Boaco					
Edad					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
Sexo					
Masculino					
Femenino					
Ingreso a la carrera					
Primer ingreso					
Reingreso					
Traslado de carrera					
Aprobó todas las asignaturas					

del semestre anterior					
Si					
No					
Asistió con regularidad a todas las actividades académicas programadas					
Si					
No					
Asistió con puntualidad a todas las actividades académicas programadas					
Si					
No					
Número de veces que ha cursado las asignaturas					
Una vez					
Más de una vez					

Fuente: Elaboración propia del autor.

Criterio decisivo para ser parte de la muestra fue mostrar espontánea voluntad en participar en la investigación. Los criterios de exclusión fueron: no haber aprobado todas las asignaturas del semestre anterior, no asistir a clases con regularidad, no

haber asistido a la mayoría de las actividades académicas programadas y no mostrar clara y espontánea voluntad en participar.

Para hacer una correlación armónica entre las actividades teóricas y prácticas, se debe preferir que tanto los docentes como los estudiantes sean los mismos en ambas actividades, sin embargo, después de realizar el primer encuentro el investigador tuvo la impresión de que los estudiantes mostraban una actitud protectora hacia los docentes, por lo que se requirió realizar un segundo grupo focal con estudiantes que solo llevaron las actividades prácticas con los docentes en cuestión excluyendo las clases teóricas.

Para esta selección el principal criterio fue la decisión espontánea de colaborar con la investigación, quedando conformado este segundo grupo por 11 estudiantes en total, 8 féminas y 3 varones, las edades oscilaron entre 20 y 23 años, tres de ellos procedentes de RAAN, el resto de Managua.

## **2. Selección de la Muestra de Docentes.**

Es importante señalar que los docentes cumplen un rol de Informantes claves para la presente investigación, debido a que, para los propósitos de la investigación, los docentes aportaran datos importantes para la respectiva triangulación.

La selección de los docentes que participaron en la investigación, estuvo determinada por las funciones que estos realizan, para la selección de los docentes a quienes se le realizara la entrevista, los criterios de selección serán los siguientes: que el docente acepte colaborara con esta investigación y que imparta actividades teóricas y también actividades prácticas a un mismo grupo de estudiantes.

Los criterios de exclusión son: negarse a colaborar con el estudio y desempeñar solo actividades teóricas o solo actividades prácticas en la asignatura de Medicina Interna o Cirugía General.

Debido a que existen coordinadores docentes por cada centro hospitalario escuela donde se ofrecen las asignaturas de Medicina Interna o Cirugía General, ellos representan una excelente fuente para la presente investigación debido a su experiencia profesional y académica.

**Matriz de variación máxima para docentes (Tabla No. 2).**

Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8
Imparte Actividades Teóricas								
Imparte Actividades Prácticas								
Es coordinador de asignatura para el Hospital Escuela adscrito								
Solamente imparte actividades prácticas								

Solamente imparte actividades teóricas.								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia del autor.

#### **4. Características de los estudiantes de IV año de la carrera de Medicina.**

Los estudiantes de cuarto año de la carrera de Medicina que cursan la asignatura de Cirugía General, son número total de 100 estudiantes, la gran mayoría provienen del Departamento de Managua, sus edades oscilan entre 17 y 24 años Son jóvenes de Aspecto alegre y saludable, usan vestimenta casual, la mayoría confeccionada con tela de algodón, prefieren el uso de pantalones de tipo jeans, blusas y camisas de manga corta, predominando las de tipo polo, los varones usan la camisa por fuera de los pantalones, no se les observa presencia de tatuajes artísticos en la piel visible, ni evidencias de vicios ni actitudes inapropiadas, y a todos se les ve inmerso en sus actividades universitarias.



#### **XIV.- CONTEXTO EN EL QUE SE REALIZA EL ESTUDIO.**

La investigación se ejecuta en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN, Managua) ubicada en el Recinto Universitario Rubén Darío, donde actualmente se está llevando a cabo el proceso de la transformación curricular la cual busca promover en el graduado de la carrera de Medicina, la aplicación de los conocimientos científico-técnicos necesarios, que le permitan abordar problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad de forma integral, asumiendo un comportamiento ético, moral y de respeto a los derechos del paciente en el ejercicio médico, todo ello dentro del marco legal y de la búsqueda del bien común.

En los últimos diez años, la sociedad ha experimentado un proceso acelerado de interdependencia económica, política, social y cultural que ha afectado de manera directa la vida de todos. La alta movilidad de las personas y las grandes posibilidades de comunicación e intercambio del conocimiento son elementos que caracterizan a la sociedad actual. Este contexto plantea grandes desafíos a la educación superior: por un lado, se debe propiciar el desarrollo de procesos de formación que garanticen la capacidad de los profesionales para desempeñarse en contextos diversos. Por otro lado, es necesario que se asuma una actitud reflexiva y crítica que permita la apertura hacia las demás formas de pensar y hacer, pero que al mismo tiempo posibilite el reconocimiento y valoración de lo propio. (UNAN-Managua, 2011).

En nuestro país a pesar de las políticas, programas y recursos que se han destinado para luchar contra la pobreza, ésta aún constituye uno de los principales desafíos de la sociedad nicaragüense. La educación, como eje fundamental para el desarrollo del país, debe contribuir a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos y a crear las posibilidades para el desarrollo sostenible, mediante la formación académica, humanista, técnica, científica y tecnológica de las personas.

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, consciente de su responsabilidad histórica, y de acuerdo con su Misión, asume la responsabilidad de formar profesionales mediante la gestión de un Modelo Educativo centrado en las personas, que contribuye con el desarrollo integral de los estudiantes. Este Modelo articula las acciones de los diferentes actores partícipes en el quehacer educativo de la Universidad y, además, orienta la formación de profesionales con una concepción científica y humanista, capaces de interpretar los fenómenos sociales y naturales con un sentido crítico, reflexivo y propositivo. Sus componentes esenciales son: Modelo Pedagógico. Modelo Curricular. Modelo Didáctico.

Dentro de los valores que orientan el quehacer en la UNAN-Managua se encuentran, compromiso social, equidad, justicia, igualdad de oportunidades, honestidad y transparencia, respeto a los derechos humanos, respeto a la diversidad, respeto al medio ambiente, ética profesional, responsabilidad social e institucional, identidad institucional y sentimiento de pertinencia, tolerancia y solidaridad, identidad, cultura nacional y valores patrióticos.

Todo este planteamiento fenomenológico, constructivista, crítico y democrático conlleva a desarrollar un currículo flexible, en permanente construcción, influido por el contexto histórico y la realidad nacional e internacional. Además de fomentar en el profesional de la medicina, una actitud creativa y emprendedora, de trabajo en equipo interdisciplinario que le permita el abordaje integral del paciente, la familia y la comunidad, mediante habilidades de comunicación que desarrolla en su quehacer cotidiano y a la vez se promueve la capacitación pedagógica de los docentes y por lo tanto es común escuchar los términos: competencias profesionales, aprendizaje significativo, conocimientos previos, construcción del conocimiento, aprendizaje autónomo, paradigmas de la educación, entre otros.

## **XV. ROL DEL INVESTIGADOR.**

El presente estudio de la Percepción del currículo oculto que realiza un docente con los estudiantes de las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General, de V año de la carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN Managua) en el 2019, estará a cargo del Dr. Alexander Rubén Mendoza Parrales, el cual es médico general, graduado en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y durante esta investigación discente de la Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria, IX Edición.

El Dr. Alexander Rubén Mendoza Parrales tiene cinco años de experiencia docente en la UNAN, Managua, ha impartido docencia en las carreras de Medicina y Cirugía, Odontología y Optometría Médica, actualmente es profesor de las asignaturas de Farmacología Básica para la carrera de Medicina y Farmacología Bucodental en la carrera de Odontología y realiza las funciones de Coordinador de Farmacología Bucodental.

El Dr. Mendoza Parrales tuvo a su cargo la selección del tema y sus propósitos, la elaboración del diseño de la investigación, el planteamiento del problema, la selección del escenario, los informantes, las estrategias y la confección de los instrumentos a los expertos para su validación y dirigir las actividades de trabajo de campo. De la misma manera tuvo a su cargo la solicitud de autorización para esta investigación de los coordinadores de las Asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General, quienes también coordinaron las actividades para la participación de los docentes participantes; todo ello necesario para lograr la recolección, procesamiento, triangulación de la información, presentación y elaboración del informe final, así como describir toda su experiencia sobre el fenómeno investigado.

## **XVI.- ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION.**

Debido a que esta es una investigación cualitativa, microetnografica, donde los datos e información son aquellos derivados de la interacción humana, la mayoría de ellos son incontables o intangibles y por lo tanto se deben de utilizar técnicas adecuadas que permitan obtener la información desde el mismo sitio donde se desarrolla la interacción con el objetivo de analizarla, comprenderla y realizar la correlación de diversos datos. Además de seleccionar las técnicas y la elaboración de los instrumentos que recojan la información requerida.

Se inició la fase de recolección de datos teniendo un primer encuentro entre el investigador y todos los actores del proceso docente educativo que fueron en ese momento posibles informantes, así como entre el investigador y el escenario donde se desarrolló la investigación, estableciendo el sitio, flexibilizando horarios donde se desarrollaría el proceso de entrevistas, la aplicación de los grupos focales y revisión de la literatura disponible.

Tras una revisión detallada de las estrategias metodológicas más adecuadas para cumplir con el enfoque y propósitos de la investigación. Se seleccionaron las técnicas de entrevista cualitativa y grupo focal.

### **1.- La entrevista cualitativa (en profundidad).**

Dentro de los estudios cualitativos existen diferentes técnicas que ayudan a aproximarse a los fenómenos sociales, entre estas la entrevista en profundidad juega un papel importante, ya que se construye a partir de varios encuentros cara a cara del investigador y los informantes con el objetivo de adentrarse en su intimidad y comprender la individualidad de cada uno.

Tiende a definirse la entrevista cualitativa, también denominada en profundidad, como una conversación ordinaria, con algunas características particulares. Como una situación, normalmente entre dos personas, en la que se van turnando en la toma de la palabra, de manera que el entrevistador propone temas y el entrevistado trata de producir respuestas localmente aceptables. Pero son precisamente tales características particulares de la situación las que alejan a la entrevista de una conversación ordinaria.

Incluso, siguiendo el apunte de Dingwall, hay que señalar cómo el entrevistado buscará signos en el entrevistador de lo que es localmente aceptable. Aun cuando la mayor parte de los manuales insisten en el ideal de conseguir el carácter de conversación ordinaria para la entrevista, se genera una situación social distinta, más allá de lo que pueda considerarse como ordinario, tanto por el entrevistador como por el entrevistado. (Spatakis, 2017)

Para poder llevar a cabo esta técnica en la presente investigación, primero se elaboró un instrumento dirigido a coordinadores de asignatura, docentes de las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía general y grupo focal de estudiantes, dichos instrumentos fueron validados por expertos previamente a su aplicación.

Estos instrumentos contienen diferentes aspectos de los cuales derivaban diversos indicadores que iban a dirigir la entrevista con los participantes, para posteriormente poder realizar la triangulación entre la información brindada por los diferentes informantes claves.

Una vez validados, se procedió a realizar varios encuentros en donde se realizaron las entrevistas para poder abordar los diferentes puntos de los instrumentos con cada participante y así conocer a profundidad como se percibe el currículo oculto

en las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General, cabe destacar que se realizaron otros encuentros con docentes titulares de dichas asignaturas. Asimismo, se abordaron aspectos especiales desde la perspectiva organizacional que dirigen los coordinadores generales por asignatura.

Con este propósito se diseñó un sistema de codificación de cada uno de los participantes en la presente investigación, garantizando la confidencialidad requerida y facilitando el manejo de cada uno de los datos. En el caso de los estudiantes el código establecido fue la letra **D** en Mayúscula correspondiendo a la palabra “Discente”.

Por otra parte, para señalar a los Coordinadores de Asignatura se les asignó el código **AaC**, para denominarlos Autoridad académica, es decir los Coordinadores de Colectivos docentes.

Mientras que en el caso de los docentes se aplicó el código **Dte.** (Docente) y su respectivo número asociado, con la finalidad de dinamizar el manejo de los datos durante las entrevistas y grupos focales.

Durante la aplicación de esta técnica se utilizó una grabadora portátil, de bolsillo, adquirida por el investigador exclusivamente para registrar toda la información proporcionada por los informantes, en este caso, Coordinadores de Asignatura y docentes de cada asignatura.

## **2. Grupo Focal.**

El grupo focal constituye una técnica especial, dentro de la más amplia categoría de entrevista grupal, cuyo sello característico es el uso explícito de la interacción para producir datos que serían menos accesibles sin la interacción en grupo.

La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando autoexplicaciones para obtener datos cualitativos. Martínez J. (1999) lo define como “un método de investigación colectivista, más que individualista y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto”. (Hamui y Varela 2013).

Los grupos focales son entrevistas de grupo, donde un moderador guía una entrevista colectiva durante la cual un pequeño grupo de personas discute en torno a las características y las dimensiones del tema propuesto para la discusión. (Hamui y Varela 2013).

Habitualmente el grupo focal está compuesto por 6 a 8 participantes, los que debieran provenir de un contexto similar. El moderador es un profesional generalmente miembro del equipo de investigación y con conocimientos calificado en la guía de grupos y su dinámica.

El grupo focal estuvo constituido por seis estudiantes los cuales habían compartido en cada semestre, las rotaciones, pases de visita, turnos en el hospital y actividades teóricas de ambas asignaturas (Medicina Interna y Cirugía General)

desarrolladas en la universidad (clases teóricas), todos al mismo tiempo y en las mismas condiciones.

La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa y porque piensa de esa manera. “El trabajar en grupo facilita la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar aun en aquellos temas que se consideran tabú, lo que permite generar gran riqueza de testimonios”. (Hamui y Varela 2013).



## **XVII.- LOS CRITERIOS REGULATIVOS.**

### **1. El criterio de credibilidad.**

En este criterio tiene que quedar en claro que la investigación es acertada y que tiene la debida fundamentación, para lo cual fue solicitado a expertos, la validación de los instrumentos para recabar la información de forma adecuada.

Se aplica en esta investigación porque se realizará la triangulación de la información desde los datos obtenidos en las entrevistas a los Coordinadores de Asignatura de Medicina Interna y Cirugía General, las entrevistas a los docentes de Medicina Interna, las entrevistas a los docentes de Cirugía General y los grupos focales a los estudiante; estableciendo comparaciones con la información brindada por los profesores, coordinadores, estudiantes y la literatura disponible.

También esta investigación tiene el criterio de credibilidad porque se realizaron comprobaciones de la información brindada por los participantes, es decir después de las transcripciones se les presentaron los datos tal como fueron expresados, al final los informantes constataron y aprobaron dicha información.

Otro aspecto tomado en cuenta en este criterio de credibilidad es la recogida del material referencia, para esto se utilizaron fotografías, grabaciones y material impreso que permitieron constatar los resultados e interpretar la información brindada según el foco de la investigación.

## **2. Criterio de Transferibilidad o Aplicabilidad.**

Esta investigación tiene el criterio de transferibilidad porque los resultados pueden servir de base para posteriores estudios que se realicen sobre el análisis o estudio de la percepción del currículo oculto en las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General. Esta transferibilidad puede realizarse en otros contextos si se realizan estudios en relación al currículo oculto desde cualquier asignatura y para otros niveles académicos, tales como el posgrado en la carrera de Medicina.

## **3. Criterio de Confirmabilidad.**

Según Folgueiras (2009), establece que “este es el criterio que vela porque los resultados estén confirmados” para garantizarlos, se utilizan estrategias como: auditoria de confirmabilidad, descriptores de baja inferencia, comprobaciones con los participantes y triangulación, siendo estos dos últimos los propuestos para esta investigación.

Para determinar y garantizar la confirmabilidad se implementarán estrategias como: contrastaciones con los participantes, recopilación de datos, decodificación para la reducción de datos y triangulación. De igual manera se confirmará que lo estudiado es real y se corresponde con las características de lo informado, es decir que todo lo descrito sea copiado verazmente sin alterar ningún hecho o acontecimiento que incida en los resultados.

Según Vallejo “La triangulación en la investigación es la combinación de dos o más teorías, fuentes de datos y métodos de investigación, en el estudio de un fenómeno específico” (Vallejo R. y Mineira F., 2009).

Aquí ha de confrontarse todos los resultados obtenidos una vez aplicada cada una las técnicas en investigación, lo que ha de permitir su triangulación; realizándola, de forma que la información recabada en las entrevistas se compare con la obtenida en los Grupos Focales.

## **XVIII. ESTRATEGIAS PARA EL ACCESO Y RETIRADA DEL ESCENARIO.**

Para el acceso y retirada del escenario, se llevó a cabo una negociación previa con los estudiantes, los Coordinadores de las Asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General y a su vez con los docentes de dichas asignaturas; en estricto cumplimiento del respeto a las personas que proporcionan la información requerida para el trabajo de investigación que se realizó, esto permitió contar con la autorización y aceptación de los informantes claves; lo cual favorece el adecuado proceso de recolección de la información.

### **1. Entrada al escenario.**

Para poder realizar la entrada del escenario, el cual eran los auditorios y aulas de la Facultad de Ciencias Médicas, previamente se tuvo un encuentro con los estudiantes de las asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General, para exponerles los propósitos de la investigación y se presentó el cronograma de las actividades en donde se llegaría a hacer la visita.

Se solicitó permiso a los Coordinadores de Asignatura para poder reunirse con ellos en el local del Departamento Clínico de la Facultad de Ciencias Médicas, a la vez que lograr reunir, contactar y establecer los contactos requeridos con los docentes responsables de estas asignaturas del Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez.

Se dio a conocer a los informantes claves seleccionados el cronograma de trabajo diseñado para la realización de las actividades programadas con el objetivo de negociar la recolección de la información en el tiempo acordado.

Se realizó un recorrido por los pabellones 24 y 66, donde se encuentra ubicada la Facultad de Medicina, la oficina del Departamento Clínico, los auditorios y aulas donde se da el cumplimiento de las diversas actividades curriculares correspondientes a esta etapa de formación de los discentes.

## **2. Retirada del Escenario.**

En relación a la retirada del escenario, una vez que se aplicaron cada una de las técnicas de recolección de información a los informantes claves se agradeció a cada uno de los informantes claves por su voluntad y disposición de tiempo para proporcionar la información necesaria para la investigación, ya que sin su apoyo la investigación no se podría llevar a cabo.

Después de la correcta aplicación de las técnicas e instrumentos seleccionados para la recolección de la información, se realizó el primer análisis de la información para conocer si existen datos pendientes de recolectar.

Se hizo saber a los informantes claves que de ser necesario recabar más información durante la fase del análisis intensivo, el autor de la investigación volvería a solicitar su apoyo y agradecer de manera personal a cada uno de los informantes claves por el tiempo brindado para proporcionar la información requerida para esta investigación.

## **XIX.- Técnicas de Análisis de la Información.**

La selección de las técnicas en investigación se definió partiendo de la temática y los agentes involucrados, permitiendo sondear en cada uno de ellos los aspectos necesarios que han brindado salida al estudio y se haga buena interpretación y análisis de resultados, asimismo brindar recomendaciones que permitan el mejoramiento de los procesos investigativos.

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a registrar la información en el orden que se estructuraron los objetivos, lo que permitió realizar el análisis de cada una de las variables indicadas en los propósitos que competen al foco de investigación, mediante los procesos de análisis, síntesis, resumen lo que posibilitó la triangulación de la información recibida.

El análisis de los datos cualitativos obtenidos en el transcurso de esta investigación, comenzó con la construcción de los instrumentos que permitan recoger información y datos adecuados para el análisis propuesto.

La primera etapa del proceso del análisis de los datos fue de reflexión y dialogo con los datos, ordenar y organizar las descripciones y vivencias de la realidad proporcionada por cada uno de los informantes; después se procedió a realizar la triangulación de la información obtenida mediante los diferentes instrumentos para de esta manera lograr contrastar las diferentes apreciaciones de los informantes, por cada una de las interrogantes planteadas en esta investigación y de esta manera formar una visión integradora de todos los puntos de vista y llegar a una reflexión profunda e interpretativa de todos los datos suministrados para poder encontrar respuesta a las interrogantes de la investigación.

Para poder realizar el análisis de los resultados obtenidos a lo largo de la investigación se realizó la triangulación entre la información brindada por los estudiantes que constituían el grupo focal, los Coordinadores de las Asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General y los docentes de dichas asignaturas. La triangulación se realizó en base a los aspectos abordados en cada instrumento, el cual contenía diversos indicadores mediante los cuales se comparó la respuesta por parte de cada informante.

Para la triangulación de la información de esta información se diseñó una tabla donde se contrasta las unidades de análisis (Estudiantes de los Grupos Focales, Coordinadores Docentes de las Asignaturas de Medicina Interna y Cirugía General, Docentes de las asignaturas antes citadas y la literatura especializada).

El análisis de la información se realizó tomando en cuenta los propósitos de la investigación, el criterio de la pertinencia y relevancia de la información, el contexto, cuestiones de interés surgidos en el ejercicio investigativo, reflexión de la experiencia, revisión y registro de las anotaciones.

## **XX.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.**

### **OBJETIVO 1: Conceptos e ideas que tienen los estudiantes de pregrado acerca de la Violencia Interna Hegemónica**

En relación a la Violencia Interna Hegemónica, las diversas opiniones de los estudiantes del grupo focal respaldan la existencia de tal en los entornos clínicos de enseñanza tal a como D1 sugiere en su intervención: “Un R3 me pidió hacer una gasometría, lo cual yo le dije que no podía hacer una gasometría y que si él me podía enseñar y la manera me hizo sentir incomoda y me hizo salir del cuarto después que la gasometría fuera terminada, el me agarro la mano y de una manera muy incómoda asimilo el proceso de la gasometría, por lo cual digo que me hizo sentir muy incómoda”.

En otras intervenciones es también señalado por D2: “R3 de Medicina Interna, era el jefe de turno, hacíamos turno cada cuatro días, entonces siempre coincidíamos con esa misma clave y siempre él era nuestro jefe, el cual nosotros íbamos a buscar para que nos sellara turno, para que nos dividiera, etc. Entonces el en el segundo turno, me agarro como su secretaria, donde él iba, yo tenía que ir porque si me quedaba atrás ya me estaba llamando. Una vez que me dejo en coronario que yo estaba con otra compañera porque siempre nos dividían en pareja, entonces él nos estaba explicando como leer resultados de gasometría, entonces se puso a estarnos explicando en la pizarra y a estarnos haciendo preguntas, pero cuando hacia las preguntas. Me tocaba el cuello y así y yo me apartaba obviamente, pero él lo volvía hacer y era muy incómodo y mi compañera a la par lo noto, pero como era el jefe, o sea no le podía gritar ni decirle nada, solo que era un momento bastante incómodo y ahí me pidió mi número, me dijo que yo escribiera el de él”.

En este caso se reúnen experiencias correspondientes a manifestaciones de Violencia Interna Hegemónica Físicas, mostrando patrones de interacción con cierto nivel de agresión física. Sobresaliendo desde este momento la importancia de los médicos residentes (médicos estudiantes de las especialidades medico quirúrgicas). (Castro y Villanueva, 2018).



De igual forma los estudiantes manifestaron en sus participaciones en los grupos focales la existencia de la Violencia Interna Hegemónica Psicológica. Se manifiesta en la práctica de la humillación, ante diversas situaciones que pueden ocurrir por el desconocimiento exacto de los rituales o procedimientos que puede ocurrir en diversos escenarios o en la presentación de casos con relativa mayor frecuencia. (Castro y Villanueva, 2018).

Los estudiantes en los Grupos focales coinciden en la existencia de la violencia interna hegemónica simbólica desde diferentes experiencias, porque se hace contra el gusto de uno mismo, por ciertos respetos y consideraciones, como señala D1: “Durante la rotación de Cirugía, algo que me paso, de hecho fue mi primer pase de visita, estaba abordando a un paciente que posiblemente podía tener un linfoma de Hodgkin, nosotros habíamos recién salido de la rotación de Medicina Interna en lo cual en la rotación de Hematooncología se nos enseñó cómo se presenta un paciente oncológico y el paciente oncológico a la hora que lo estas presentando incluye dentro los factores de riesgo, entonces a la hora que yo presente a mi paciente incluí los factores de riesgo por lo cual yo pensaba que era un paciente oncológico, el Médico de Base se burló, me humillo y me dijo que esa no era la manera correcta de presentar un paciente, de que la manera que yo estaba presentando era incorrecta y me hizo sentir mal por lo cual como lo había mencionado en la rotación de medicina interna se nos había enseñado, se nos había dicho que ese era un dato muy importante”. (Grupo Focal, 2020).

De modo similar queda ejemplificado en la opinión de D3: “En Cirugía en el hospital era muy diferente cuando hacia los pases que era, que si no contestabas algo decía “que no sabíamos nada, que eso ya lo teníamos que haber visto antes, sabiendo que no se ha visto todavía en la conferencia, nos daba a leer exámenes que aquí nunca nos enseñaron y usaba a veces palabras como “puta, no saben nada”, “devuélvanse mejor” o “¿Quieren que yo me vaya y ahí se quedan ustedes?””. (Grupo Focal, 2020).

D4 coincide señalando lo siguiente: “En Cirugía teníamos un docente que fue en el que rotamos por tres semanas en el área de emergencia que a veces en otras respuestas a las preguntas que él nos hacía y nos ofendía y nos decía que “¿Qué nos pasaba?! Cuatro años en esta carrera y no saben nada!! Que no servíamos, que literalmente, la medicina que estaba formando la UNAN actualmente era nula que no servíamos para nada,”. (Grupo Focal, 2020).

“A tal punto que una vez llego a decirle ridículo a un compañero, en un pase de visita porque no sabía dónde se había ido el paciente o sea no sabía si estaba en sala de operaciones o si ya lo habían sacado y estaba en área de cuidado, por no saber eso le dijo que era un ridículo y básicamente lo grito”. (Grupo Focal, 2020).

De igual forma queda señalado por D6: “En cirugía dentro de esa rotación era una cosa de todos los días que por cualquier cosa éramos regañados, nos hacía sentir de cierta manera inferiores y hasta no saber en pocas palabras, los tratos estos consistían en siempre hacernos sentir inferiores y bastante retrasados como por ejemplo mencionar nuestros nombres y “¡Como jodido no vas a saber eso!” “¡Como carajos no vas a saber eso!” “¡Eso hasta mi hijo de primaria!” “Eso lo puede hacer hasta un niño de preescolar” y muchas veces un estado de desesperación por parte del médico de base, mostrándose desesperado. y su inconformidad con la falta de conocimientos que para el nosotros teníamos”. (Grupo Focal, 2020).

Respecto a los conceptos e ideas de los estudiantes en cuanto a la existencia de la Violencia Interna Hegemónica Simbólica, los estudiantes en los grupos focales coinciden en reiteradas ocasiones, se les mostro mediante el significado de la autoridad a través de la enseñanza que involucra la humillación. Situaciones tales como cuando los estudiantes no pueden responder a la misma pregunta repetida o cuando son criticados por un examen clínico inadecuado.

En este sentido D2 señaló lo siguiente: “En lo que es Medicina Interna la rotación de Hematooncología estábamos con dos docentes a cargo, pero entre ellos dos había una gran diferencia, uno de ellos te decía las cosas con calma, sin hacerte sentir mal, pero el otro en los pases de visita era como o sea si te regañaba lo hacía de manera de burla, a mí no me hizo sentir mal nunca o sea yo lo tomaba como motivación, pero miraba que algunos de mis compañeros si los hacía sentir mal porque o sea que te estén diciendo “mira el otro”, “mira solo el estudio” o cuando recuerdo que una vez ninguno de nosotros recordaba cómo sacar la tasa de Filtración glomerular y o sea no nos recordábamos, era nuestra primera rotación ahí y estábamos nerviosos y era nuestro primer pase de visita y teníamos como la mente en blanco, aparte de que te lo estén preguntando de una manera súper odiosa como que a uno lo bloquea también automáticamente, nos regañó por eso, igual era con los residentes, ponía ejemplos de que “vos mira –a los residentes- vos como miras a este chavalo?”.

Al respecto D4 manifestó lo siguiente: “En Medicina Interna cuando no respondíamos una pregunta, de por si las preguntas que el hacía eran bastante profundas, el procedía a burlarse a compararte con tus otros compañeros, a decirte “mira este te gana”, “responde más que vos” que académicamente eso es malo, porque uno como estudiante más bien lo deprime, ala chocho el Dr. dice que soy lo peor que existe... y así se burlaba, nos decía frases como eh, “clase cuento el tuyo” “¿Dónde leíste ese invento?” cosas así”. (Grupo Focal, 2020).

Es llamativo que las investigaciones internacionales revelan excusas para tales comportamientos o señalan que los estudiantes se culpan a sí mismos por estos eventos. como se ha señalado antes existen poca reprobación de la violencia interna hegemónica en sus diferentes formas entre los profesionales ya formados, sobre todo en aquellos que ocupan posiciones de poder en el campo médico. (Castro y Villanueva, 2018).

Al respecto los Coordinadores de las Asignaturas de Medicina Interna y Cirugía, coinciden en señalar que la corrección y la forma de intervención ante errores o deficiencias que se presenten durante los pases de visita es de manera respetuosa y fraterna.

Tal como lo señala el Coordinador de Asignatura 2: “El médico especialista que en ese momento está fungiendo como tutor o que está dirigiendo el pase de visita conjunto, las diferentes situaciones que voy abordar a continuación, el primero de los casos es suspender digamos omitir digamos en ese momento que el alumno que está presentando continúe, se hace un alto y se le deja como forma de una investigación o de tarea en casa para que al día siguiente mejore, el otro es que el profesor está en la disposición de detener el examen clínico, la tutoría directa del paciente real y toma la palabra y explica, es decir lo corrige, lo corrige de una manera fraterna, una vez que ha corregido el error de una manera fraterna, lo otro es que definitivamente y es el peor de los escenarios es que omita la participación del médico en formación y que lo haga que continúe otro y que definitivamente lo saque del contexto, en ese caso, no es lo correcto pero si hemos visto que si se hace, generalmente tónica general es que se omite, es decir hasta ese momento donde se ha producido el error y se deja como tarea en casa, para ser revisado con un mejoramiento de la respuesta para el día siguiente, porque el día siguiente el proceso de formación continua, entonces se aprovecha el siguiente pase de visita para que el alumno mejore, una vez que ha revisado el error en casa”.

Aunque como señalo uno de los coordinadores en algunas situaciones depende más exclusivamente del docente en sí mismo. Coordinador de Asignatura 1 asevero lo siguiente: “Depende del docente las cosas pueden fluir de manera distinta al de otro, es decir el que va exprimiendo constantemente, el que va más tolerante o el que puede, que ha pasado en algún momento sobrepasa esa relación docente-estudiante en el sentido de ser un poco talvez que no siempre ocurre, una de las cosas que siempre recalamos con nuestros docentes en estos colectivos es recordar que estamos formando médicos generales y no especialistas, lo queremos es que los estudiantes recuerden la patología más frecuente, que ellos deben dominar lo que está ahí”.

Los docentes por su parte coinciden en la práctica de omitir y reasignar tanto la presentación de casos clínicos o la práctica del examen clínico a los pacientes de una forma propositiva, fijada en los mejores valores humanísticos y siempre en el marco de respeto, como lo indica el Dte. 1 a través de su intervención en las entrevista a profundidad: “Si el estudiante se equivocó en el examen o en el procedimiento se le pide a otro estudiante que lo haga y si ese otro estudiante se equivoca se le pide que lo haga y si todos se equivocan el profesor lo hace como tiene que ser, entonces todos lo hicieron mal, pero esto se debe hacer de esta manera, esto se hace así y así, así, después dice hágalo usted ahora y el estudiante viene y lo hace, entonces aprende de una forma práctica, por ejemplo si alguien se equivoca en el razonamiento de un diagnóstico por ejemplo, entonces se le retrocede y se le dice paremos aquí, a partir de aquí, porque tomas esta decisión o porque esta otra, a ver explícame porque, en base a que, cuáles son tus elementos para decidir esto que me estás diciendo aquí, para ver que recursos tiene, que fue lo que el estudio, para en base a eso decirle, enseñarle a razonar de manera lógica, los diferentes diagnósticos que pueden ser, que es lo que lo hace llevar a un diagnóstico correcto; en mi caso pasa que el estudiante pueda equivocarse sin miedo, que pueda equivocarse y que aprenda luego lo correcto y que no le vuelva a suceder eso de una manera tonta, pues, pero tratamos con el ejemplo”.

Asimismo, Dte. 2 aseguro lo siguiente. “En general al alumno se le consigna un caso específico para que lo presente en el pase de visita, si en el momento de presentar el caso, el paciente llega a tener algún error de en la historia clínica o algo, a el simplemente lo que se le hace es la corrección en ese caso y pasa al siguiente nivel, se le pregunta a los otros estudiantes, que sea del caso o de lo que estaba hablando el o sino el interno o el R1, en ningún momento en el Hospital se ha maltratado, burlado o lo tratan de manera incorrecta ni con falta de ética porque sabemos perfectamente que los estudiantes están en proceso de formación y que ellos no tienen ninguna obligación en saberse de memoria todos los pacientes, ellos son, como repito en proceso de formación, ahí nadie tiene ni la calidad ni la autoridad ni nada, para hacer un llamado de atención que pueda ofenderle, generalmente lo que se hace es decirle esa historia le hace falta algo”.

Los docentes también señalan fomentar aspectos motivacionales ante la ocurrencia de fallas o deficiencias en los pases de visita y en el examen clínico de los pacientes, como aseguro Dte. 3: “En lo particular, soy uno de los que trata de decirle que la enseñanza o el aprendizaje en medicina depende de la actitud de uno, este y que para ir mejorando tienen que empezar por fases, yo no espero que ellos cuando les pregunto algo sobre algún paciente, la presentación de tal vez primera vez, tal vez segunda vez que está presentando un caso lo haga de forma perfecta; pero si nunca lo hace, nunca va ir mejorando en esos aspectos, yo siempre les digo, aunque yo les haga una pregunta y no me la contesten sobre lo que tiene el paciente yo espero que después, cuando ellos lleguen a su casa, tomen su libro y estudien sobre lo que tiene ese paciente y estudien sobre tal vez lo que les deje un tema X y que al siguiente día uno espera que lo fue a revisar y le conteste a uno, porque si no lo hace, uno toma como que tiene poco interés ese estudiante en aprender y no tiene una actitud positiva para aprender. Yo siempre les digo que ellos le digan al residente “mire, présteme ese caso yo lo voy a presentar” y de esa forma es que ellos van a ir aprendiendo todas las ideas de pases de visita, como se hace el examen físico, como se hace la presentación de casos, también les decimos que si es nuevo lo van a presentar de una forma, que si es un paciente que ya tiene varios días, otra forma más dirigida al problema que ya tiene”.

## **OBJETIVO 2: Apreciación de los estudiantes de las enseñanzas del currículo oculto en el campo médico.**

Todos los actores en la presente investigación, estudiantes, coordinadores de asignatura y docentes coinciden en reconocer ampliamente la existencia de un currículo oculto que se expresa en la existencia de una jerarquía de mucha importancia para ellos. Los estudiantes informaron respecto a la rivalidad entre áreas del conocimiento que se acompaña de una vasta presencia de valores, normas, actitudes que los alumnos infieren del comportamiento de los modelos de conducta individuales, así como de las dinámicas, procesos, rituales y estructuras grupales. (Mulder, Break, Chen y Cate, 2018).

Al respecto uno de los estudiantes, D1 aseguro lo siguiente: “La cadena médica esta lo que es la organización por jerarquía donde el cual en la cima de la pirámide por decirlo así

está el médico de base, proseguido por el R4, si fuera cirugía o el R3 si fuera medicina interna, prosiguiendo el R2, por último, el R1, después sería el interno y por último el pre interno. Dado que en el hospital donde nosotros hicimos prácticas no había internos, entonces automáticamente nosotros subimos u ocupamos el nivel del interno o pre interno. Notamos que algunos de los beneficios de estar en la pirámide, por ejemplo los médicos de base pueden hacer turnos cada seis días y pueden, tienen más libertad también notamos de que los R, tienen el privilegio, aunque tienen más responsabilidades en teoría, se van más temprano, comparado con otros residentes y tratan de tener menos carga laboral comparado a los subsiguientes residentes es decir el R2, al final el cargo, hemos notado que normalmente se le da la mayor carga laboral al R1, donde el cual este es el que sale más noche, es el que tiene más pacientes o es simplemente el sencillo de porque es R1 y todos sufrieron, él también lo tiene que hacer porque así es la jerarquía”.

Es sobresaliente destacar que los estudiantes tempranamente identifican y resaltan que la jerarquía como tal se acompaña de beneficios y privilegios, en este hecho coincidieron reiteradamente como queda respaldado por D2: “Esta establecido por jerarquía, según las especialidades, por ejemplo en las quirúrgicas el R4, de R1 a R4, exceptuando los médicos de base y en Medicina Interna de R1a R3 y era tan notable el mando que tenían los R3, los R4 que todo el trabajo se los dejaban a los R1, incluso notaba que los dejaban castigados por no ir a tomar una muestra a tiempo los dejan castigados hasta altas horas de la noche y tal vez andan posturno y sinceramente ver eso en los hospitales a uno le da temor, porque nos estamos formando, es cierto que apenas estamos comenzando, somos pre internos, pero esperamos algún día, estar donde están ellos y no nos gustaría que nos traten así tampoco”.

El currículo oculto es predominantemente de naturaleza social y relacional. Suele encontrarse vinculado a nivel de la cultura organizacional. Este es el lugar donde uno aprende, a menudo tácitamente, como funcionan las cosas aquí, los estudiantes coinciden en demostrar este tipo de aprendizajes. (Hafferty & O'Donnell, 2014).

Como expreso D3 en la realización del grupo focal: “De R1 a R3, los R3 y los R2 principalmente se aprovechan de los R1 de su trabajo por cualquier cosa leve que hagan los R1 que no esté bien, ellos aprovechan, es posible que hasta los dejen castigados turnos seguidos haciendo, entonces es como una explotación, pero lo que veo es también como una cadena, porque los R2 y los R3 nos decían a veces que ellos eran así, como R1 los trataban así, que iban a cambiar, pero al final no cambia esto, los R1 siempre van a seguir siendo así y a nosotros nos puede afectar en el sentido que su trabajo de los R1 también vamos nosotros, debido a que para salir ellos, nos ocupan”.

Diversas investigaciones internacionales demuestran que los estudiantes aprenden que hay cosas justo debajo de lo formalmente declarado que también deben comprender o dominar para tener éxito, y que muchas de estas cosas difieren de lo que se les ha enseñado formalmente que deben saber o hacer. Estos hechos son demostrados por los puntos coincidentes expresados por los coordinadores de asignatura y por los docentes en los que señalaron que la jerarquía no se enseña de forma explícita o formal ni forma parte de los objetivos o guías curriculares. (Hafferty & O’Donell, 2014).

Al respecto Coordinador de Asignatura 2 expreso lo siguiente: “si a tu pregunta, de que, si lo enseñamos teórico, no se enseña en ninguna clase teórica, eso se aprende, en cada lugar, es decir nuestros estudiantes que ingresan primera vez al cuarto año, primer día, ellos reciben instrucciones de cómo van a funcionar, en que sala, como funciona y como pasa el turno, ahí es donde comienza aprenderse el funcionamiento del hospital”.

Y además agrega lo siguiente: “Algunos docentes, hacen referencia a las situaciones del funcionamiento, siempre ellos hacen referencia de que cualquier cosa con el residente de mayor jerarquía y ahí le van enseñando, por ejemplo en los turnos, el estudiante debe reportarse con el residente jefe de guardia de ese turno, el aprende que es el de la máxima jerarquía en el turno, también se le dice que para cualquier permiso debe pedirlo a su profesor principal, alguna vez ocurre esa coincidencia de que el profesor principal en algunos



hospitales es el jefe del servicio, entonces el aprende que hay una jerarquía, también como hay que usar expedientes, entonces ese expediente se lo tiene que pedir a enfermería, entonces el aprende que existe que hay una enfermera encargada o una enfermera jefa de sala, con quien él va a pedirle o va a pedirle algún otro requerimiento”.

Al mismo tiempo los docentes reafirman esta apreciación tal a como lo demuestra la opinión expresada por Dte. 2: “Definitivamente que en los hospitales es donde aplica, es donde se enseña, porque definitivamente en las conferencias de la UNAN Managua no se toma en cuenta”.

Agregando lo siguiente: “Se ve un poco más en los turnos, donde ellos aprenden a saber, porque siempre le decimos en los turnos, diríjense al residente de mayor jerarquía, que en este caso sería el R3 se presentan, nosotros somos los estudiantes que estamos de turno el día de hoy, vamos a quedar a cargo y ellos les pueden decir a ustedes que si preguntan vamos a quedar solo en la sala?, no perfectamente si el residente de tercer año o el jefe de hospital que en este caso es el director les puede decir usted lo necesitamos pues, hay ahorita un código rojo en el hospital, necesitamos que todos lleguen a emergencia o bien hay un paciente grave y no tenemos ventilador, entonces bien, todos ellos van a participar de un rol de ambú”.

Los estudiantes confirman esta apreciación compartida por los coordinadores de Asignatura y por sus docentes, como señala D1: “Conforme a las experiencias de nosotros en el hospital nos damos cuenta como funciona la jerarquía por ver y por los tratos, no necesariamente porque nos hayan explicado antes”.

D2 afirmo lo siguiente: “Normalmente nos damos cuenta hasta que llegamos al Hospital y en la universidad no nos explican nada de eso, solo, más que todo solo vienen a impartir las clases y en el hospital nos damos cuenta no solo porque alguien no los dice, sino porque nosotros miramos la diferencia”.

Asimismo, D3 expreso lo siguiente: “Nos vamos dando cuenta de lo que nos dicen, en los turnos, en el día a día, además tenemos experiencia de los años superiores de como les va, de como esta todo, en que podemos mejorar, en donde no podemos faltar”.

La apreciación de la importancia de la jerarquía en la enseñanza médica confirma la existencia del currículo oculto que se transmite en los pasajes de visita, en las ceremonias, en la adulación persistente, aquí el modelado de roles es un área crucial donde los estudiantes aprenden diversos aspectos de la identidad y responsabilidades profesionales de los médicos. También se confirma la existencia de una rivalidad entre campos del conocimiento. (Michalech et al., 2013).

D1 expreso lo siguiente respecto a la adulación: “Se demuestran de diferentes formas ya sea por medio de chistes o comentarios en las horas teóricas y no solamente ahí, sino también en la práctica, donde te dicen “mi especialidad es la mejor, porque nosotros resolvemos” o “tal vez es que el que manda y el que dice las cosas soy yo, porque al final de las cosas el subespecialista soy yo”.

D2 afirmo lo siguiente: “En lo personal si escuche varias expresiones tanto de médicos de base como de residentes decir que su especialidad era mejores que las otras cuando rote por Medicina Interna decían que los cirujanos solo servían para cortar y pegar, eh, llegando a cirugía decían que los internistas era un médico general más, incluso una vez estábamos conversando sobre, ellos nos preguntaban que especialidad nos gustaba a nosotros yo les dije que por el momento me gustaba más medicina interna, ellos se comenzaron a reír, que no, que pagaban poquito, que eran pobres y la misma expresión que eran un médico general más”.

Los estudiantes también coinciden en señalar que el Área de Cirugía suele expresar con mayor regularidad el uso de este discurso y estas enseñanzas.

D3 manifestó al respecto: “Esta pelea principalmente entre los internistas y los cirujanos, quien es el que sabe más, el que gana más, este, esto se nota en el sentido de que el Cirujano, como es el que opera, es el que puede salvar vidas en un minuto, un ejemplo y se lo toma diciendo que son mejores en ese sentido”.

D4 expreso: “En mi experiencia personal lo vi más en el área de cirugía que se enfrascaban en decir, que eran mejores que los de medicina interna, porque ellos sabían lo que sabía el internista y aparte ellos podían operar, cosa que no lo comprobé yo, porque era mentira, siempre estaban pidiendo interconsulta”.

D6 anoto lo siguiente. “La especialidad de Cirugía, eh, la especialidad de cirugía es caracterizada bastante, un distintivo bastante particular de esa especialidad en la que ellos se autoproclaman los que la saben todo, o que ellos creen saberlo todo, eso va desde el residente hasta el médico de base, e incluso el subespecialista. Como el caso de los médicos internistas que es lo que creen los cirujanos que son únicamente “un médico general más, que no tienen la capacidad de resolver muchas cosas, son gente que gana, que es la especialidad peor pagada y aparte es la más matada, la más negreada, la de Medicina Interna”.

Estas apreciaciones demuestran efectos quizás inadvertidos de tales enseñanzas donde las experiencias negativas repetidas de aprendizajes pueden tener un impacto adverso en el desarrollo profesional de los estudiantes de medicina. Los estudiantes concuerdan en que estas experiencias influyen en sus expectativas a largo plazo dentro de su formación profesional (Michalech et al., 2013).

D1 expreso: “Porque eso te da a entender de que, te crea a la vez, son mejores porque hacen más cosas, arreglan las cosas, resuelven, mientras otras tal vez solo sirven para cortar y pegar, pero esa es la perspectiva y eventualmente uno se da cuenta de que así es la verdad”.

D4 afirmo lo siguiente: “Pienso yo de que eso a uno como estudiante lo condiciona a quiero ser el médico que gana más o menos, quiero ser el médico que solo va a estar recetando pastillas o el médico que solo está en quirófano porque de igual manera se ve bonito, entonces pienso yo de que esto no debería de existir en el ámbito hospitalario puesto que cada quien con lo suyo pienso que el internista tiene su importancia en el hospital, el cirujano tiene su importancia en el hospital y eso en nosotros los estudiantes crea un ambiente bastante tosco, crea disgusto” etc.

D6 afirmo lo siguiente: “Esto influye demasiado en la percepción que nosotros como estudiantes de medicina a una hora futura de nosotros tomar la decisión de estudiar una especialidad médica o quirúrgica”.

En otro orden de ideas los Coordinadores de Asignatura desde su posición destacada en la dirección de los equipos docentes de los centros clínicos de referencia para la enseñanza en de la medicina en la UNAN Managua, consideran que no se presenta confrontación interdisciplinar entre las asignaturas impartidas, señalan que tanto las asignaturas como los contenidos son interdependientes.

El coordinador de Asignatura 2, manifestó: “Cada una de las asignaturas que nosotros servimos en la Facultad de Medicina, tienen un nivel jerárquico igual, es decir, cada una de las asignaturas es homologa con las otras asignaturas, vamos a citar ejemplos: digamos medicina interna tiene el mismo nivel de superioridad que Cirugía General y es a la vez interdependiente es decir se interrelacionan las asignaturas hasta llegar al diagnóstico clínico de un paciente. Cuando nosotros tenemos a los estudiantes de medicina en el aula de clase, les vamos mostrando que cada una de estas asignaturas tienen un nivel de importancia necesario y que el abordaje transdisciplinar debe tener homologa, amigable, fraterno”.

A la vez el Coordinador de Asignatura 2 expreso: “Nunca ha surgido una confrontación así que uno tenga que decir esto no es así, no mira vamos a buscar, como cada quien da su parcelita en la clase y esa es la que se supone que domina, el que más conoce de febril, es el que viene hablar de procesos febriles, el que más conoce de diabetes, es la que viene hablar de diabetes, es decir, eso es lo que estamos haciendo y así es como logramos dominar esa situación”.

No obstante, el Coordinador de Asignatura 1 aprecia que la confrontación ha estado presente en ciertos casos en los que no existe correspondencia teórica entre los manejos clínicos formulados por los textos y los formulados por los docentes especialistas en cuestión.

El coordinador de Asignatura 1 manifestó: “Lo hemos encontrado entre la referencia que hacen sobre algún manejo y lo que puede decir Harrison, es decir, ahí es donde podemos ver las dificultades, pero en general creo que ha sido armónico”.

En cuanto a la importancia del Currículo oculto, los estudiantes reconocen la existencia de la jerarquía y cuestionan la forma en que se practica, por considerarla injusta. Las investigaciones internacionales confirman que el currículo oculto proporciona un contexto excelente para inculcar normas y los valores de separación, control y poder. (Michalech et al, 2013).

Al respecto D1 expreso: “La jerarquía en el hospital, pienso que la manera en que se ha dado y se ha desarrollado, eh, las últimas generaciones es de una manera injusta ya que normalmente los R mayores suelen tener menos trabajo o suelen cargar a más trabajo a los R1 y los R2 y pienso que eso es una cadena que sucesivamente se vive repitiendo y eso no es necesariamente bueno, es algo estresante por lo cual la mayoría de los R1 en su primer año de residencia normalmente se salen en su primer año de especialidad porque sienten que

es demasiado estrés y no saben lidiar con eso y pienso que la mejor manera de poder abordarlo es que si alguien se le asigna un R2 siendo R3 y un R1 como tu clave, vos deberías de enseñarles a ellos y enseñarles de que también uno puede aprender de ellos”.

“Un R1 también puede enseñarle a un R3, de alguna X o Y manera, si uno trabaja en equipo y se hace el trabajo de manera equitativa y se aborda el trabajo con organización, este y cada quien hace su parte pueden hasta salir temprano, todos salen a la misma hora y al final es una más fácil y equitativa de poder abordar el día a día”.

D4 afirmo lo siguiente: “La importancia que tiene este sistema que es la jerarquía en este caso, es que los que están arriba de la pirámide por así decirlo en el orden de jerarquía deberían de transmitir sus conocimientos a los más inferiores de la cadena, pero creo que habría que saberlo hacer, el hecho de que tenga mayor conocimiento, no quiere decir que como persona es más que los que están debajo en la cadena, entonces creo que la enseñanza debería ser respeto, debería ser mutua, porque aunque no lo creamos un R3 también puede aprender de un R1 porque no, igual un R1 puede aprender de un pre interno”.

D6 apporto lo siguiente en la realización del grupo focal: “Más que un ejemplo a seguir nos deja cosas a no hacer en un futuro cuando nosotros nos encontremos o nos posicionemos en una mejor jerarquía, o sea la educación no va a mejorar con este sistema organizativo, no una cadena, no de poder, sino de enseñanza”.

Los estudiantes coinciden en señalar que el sistema jerárquico condiciona la falta de equidad y cuestionan estas desigualdades; Estos datos se corresponden con la literatura internacional que explica que el currículo oculto influye en la estructura y los procesos de educación que perpetúan las desigualdades, fomentan ideologías y prácticas de grupos sociales particulares y facilitan el desempoderamiento individual. (Michalech et al., 2013).

Al respecto D3 expreso lo siguiente: “Desde mi punto de vista lo que veo es que al seguir este, este mismo ritmo de sobretrabajo a los de abajo, a los R1 principalmente, también puedo decir que los R2 y los R3 caminan con trabajo, a pesar de que es menor, esto lo que ocasiona más bien es que los residentes se estresen, anden estresados, peor en los turnos y uno al andar estresado no va andar bien, al 100, al no trabajar uno, no va atender bien a las personas, los puede atender de otra forma, entonces al cambiar esto, disminuirá este estrés en el hospital”.

Así mismo D5 expreso lo siguiente: “Pienso yo que es muy importante que haya equidad independientemente de la jerarquía. La información, el conocimiento que el que tiene más experiencia, el que va más avanzado, debería transmitir ese conocimiento al menor que tiene o al que está empezando, muchas veces se da, hay veces si hay veces no”.

En relación con las apreciaciones que tienen los Coordinadores de Asignatura en cuanto a la importancia de la enseñanza de la Jerarquía ellos expresaron que la práctica de valores y el conocimiento de las normativas o disposiciones legales que rigen la labor diaria del médico.

El Coordinador de Asignatura 1 expreso: “Pues contestaría mi experiencia he sido subdirector, director y médico de base de un hospital, en el sentido de que eso se enseña desde el primer día, es decir, yo estoy seguro de que los profesores de semiología hablan de esto, estoy seguro de que los profesores les van a decir esta es la jefa tal y las mismas enfermeras dicen la jefa tal, es la señora tal y es la máxima jerarquía, yo creo que eso la importancia se lo van diciendo, porque tenes que pedirselo a fulana de tal o para pedir los documentos o para pedir tal cosa, es decir, pero también se le enseña, con lo que es la norma 004 que es la norma el manejo del expediente clínico, que es él y que puede hacer el dentro del expediente, verdad, creo que son cosas que esta enseñanza debería ser a todos los niveles, porque ideay se enseña en medicina legal por ejemplo, aunque no hace práctica hospitalaria”.

Por su parte el Coordinador de Asignatura 2 manifestó lo siguiente: “En relación a jerarquía, eh, se hacen construyendo una pirámide simbólica, es un escalafón médico simbólico, el cual vamos construyendo en base a valores, estos valores pues se trasladan a cada uno de los escenarios en los cuales nos desenvolvemos, digamos en la Facultad de Medicina, en el aula de clase, está el alumno, en estrecha relación con el profesor que generalmente es un catedrático con muchos años de experiencia y mucho prestigio académico. En el otro escenario que es la sala donde rotan los muchachos, en los diferentes servicios hay también un escalafón jerárquico que está compuesto por los muchachos en la base, los muchachos residentes y que van escalando poco a poco académicamente, esto se basa en valores, pero en diferentes niveles; los valores se construyen de una manera constante, diaria y son valores siempre en positivos que están relacionados con el respeto, la tolerancia, es decir la puntualidad, el porte y el aspecto y la parte ética que es muy importante que es el respeto al paciente, es diferente el trato de un varón que el trato de una mujer, a decir a ambos pacientes que son, pacientes de la comunidad, personas de la comunidad, el respeto, pero es decir en el paciente varón pues se respeta el pudor; pero no tanto como en el de una dama.”

En cuanto a la importancia que tiene el currículo oculto para los docentes, ellos consideran que la jerarquía es necesaria para la enseñanza de la responsabilidad y el respeto que debe existir, coincidiendo en señalar la importancia que tiene en cuanto a las repercusiones legales intrínsecas al ejercicio médico. Estos hechos se corresponden con la literatura internacional ya que la estructuración material del campo se da a través de la organización de las instituciones médicas mediante claras líneas de autoridad y sigue dos ejes simultáneamente: el académico y el administrativo. (Castro y Villanueva, 2018).

Al respecto Dte. 1 expreso: “Le enseñamos que la importancia de la jerarquía es la responsabilidad ante la ley, les decimos el primer responsable del paciente es el médico tratante, generalmente es un médico de base y lógicamente nosotros le decimos a los



residentes, a un estudiante, a todos yo puedo delegar un acto y le digo al médico opere este caso, póngale este tubo, póngale esta inyección, yo delego este acto, pero la responsabilidad sigue siendo mía, es decir cualquier cosa que ocurra con ese paciente, yo no puedo decir, no, es que yo le dije que lo operara el, entonces el estudiante aprende que la decisión de lo que se va hacer desde un punto de vista jerárquico. Cada grupo jerárquico tiene responsabilidades distintas, por ejemplo si yo doy la orden y le digo al residente haga esto y esto y resulta que el no hace eso, hizo otra cosa, entonces la responsabilidad aunque sigue siendo mía, pero ya yo dejo una responsabilidad a él, yo asumo la responsabilidad ante la ley, pero el responsable ante mi es él y entonces él tiene que cumplir o se va a exponer a sanciones que ya están reglamentadas dentro del reglamento académico del residente o del estudiante, en todos los sitios se mantiene el orden jerárquico porque son niveles de responsabilidades, entonces ahí se enseña al estudiante que aprenda los grados de responsabilidad que tiene cada quien en y al final el responsable mayor es quien tiene mayor jerarquía”.

En tal sentido Dte. 3 expreso: “La importancia de la jerarquía en cuanto al área de la medicina, lo que trato de decirle a los muchachos es pues que eso les va a servir para aprender a respetar a los demás, tanto al que está con ellos tratando de enseñarles que sabe más que ellos como para tener una buena relación con el paciente, además se les trata o se les insta a que vayan adquiriendo respeto a los superiores, es una forma pues de ir adquiriendo ese tipo de experiencia, de sus superiores, sobretodo porque ellos tienen un nivel de conocimiento mucho mayor, la importancia también porque ellos no pueden tomar decisiones sin que alguien de mayor conocimiento, en este caso de jerarquía, se los oriente, porque puede tener al final una repercusión negativa al paciente. También se les dice que debe ser supervisado por alguien de mayor jerarquía y que a la hora de un problema, ellos tienen un sustento, un respaldo de que el médico de mayor jerarquía estuvo con ellos supervisando ese tratamiento, eh, pues eso también les ayuda a evitar un problema médico-legal si siempre se apoyan en quien tiene mayor jerarquía y mayor conocimiento en el tema”.

### **OBJETIVO 3: Elementos de la experiencia de los estudiantes acerca del apoyo contra la Violencia Interna Hegemónica.**

Los estudiantes coinciden en señalar elementos de su experiencia en los aprendizajes de los entornos clínicos que aseguran que las jerarquías del campo médico se expresan en ciertas ocasiones con violencia. En este caso hablamos de violencia interna hegemónica, caracterizada por ser ejercida por figuras de autoridad sobre actores subalternos en el campo médico.

Los estudiantes y profesionales de la salud perciben que no hay apoyo de sus superiores y las instituciones cuando reportan episodios de violencia. Esta impunidad a veces descansa en mecanismos de denuncias circulares, donde las quejas deben ser resueltas por los mismos actores que ejercen la violencia (Castro y Villanueva, 2018).

Al respecto D4 comento en el grupo focal lo siguiente: “En el bloque de cirugía, en uno de los últimos turnos de cirugía, eh asistimos con mis compañeros, nos presentamos en el turno, de hecho, trabajamos hasta las 01 o 02 de la mañana y el mismo R4 o R3 que estaba de turno ellos nos dijeron que nos podíamos retirar porque ya no había nada que hacer. A eso de las 04 de la mañana, 03:30 AM nos empiezan a llamar, que necesitaban que les fuéramos a tomar unas muestras, supuestamente ellos ya nos habían despachado, ya nos sentíamos sin ninguna responsabilidad y estábamos en nuestro tiempo de descanso que ellos mismos ya nos habían dado, entonces evidentemente no asistimos, estábamos estudiando y eran dos muestras, creo que ellos podían hacerlo.

Lo que hicieron fue tomar represalias contra nosotros habíamos hecho todo el turno y por esas dos muestras nos querían firmar la hoja de turno, lo peor del caso, fuimos toda la clave, específicamente la que no asistimos y el si le sello la hoja de turno a una compañera y creo que el hecho de haber sido mujer y haber estado ella con el residente, le dio esa pauta al residente de sellarle la hoja de turno a mi compañera.

Otra cosa es que el sí fue a reportar con nuestro médico de base y le fue a decir que no nos presentamos al turno que no llegamos, cosa que fue mentira, evidentemente nosotros hablamos con nuestro médico de base y le enseñamos pruebas que nosotros si habíamos llegado, al final el mismo médico de base prefirió creer al residente que no nos agarró la hoja de turno y supongo que perdimos nota”.

Ante este tipo de situaciones los estudiantes consideran que el apoyo recibido es muy escaso, reconociendo que existen procesos de silenciamiento y normalización de la violencia, para evitar problemas, llamados de atención. Los estudiantes resaltan el papel que tienen los médicos residentes ante problemas, también indican sus relaciones con el personal de enfermería.

Al respecto D6 expreso: “Ante cualquier dificultad por mínima que fuera, siempre se acudía con los residentes. Muy raras las situaciones en que la universidad tenía que ver, sino mal recuerdo era en actividades, es que tal vez nosotros teníamos que asistir de manera obligada a la universidad, tal vez algún simposio, algo, entonces en esa ocasión sí, la Facultad, la universidad, mandaba comunicado o carta a la dirección académica del hospital y pues si era, se nos concedía el permiso y todo”.

En igual forma D1 expreso: “Hay una cuestión de que el hospital, hablo del personal, hablo principalmente de las enfermeras, ella no, jamás van a dudar de poder perjudicarte si hiciste algo malo o no malo, sino simplemente algo que no les pareció y te pueden reportar y te llevan a donde sea, eso es un estudio aparte que se debería de hacer en el hospital y eso revelaría muchísimas cosas”.

Asimismo, D3 expreso: “Muchas veces nos quedamos callado, porque tememos repercusiones, repercusiones dentro del ámbito académico o nuestra imagen porque podemos ser catalogados por otros docentes ese chavalito es muy problemático, reclama por todo,

reclama por esto, reclama por lo otro, no está conforme con nada, o sea es muy fácil estar inconforme en el hospital, por muchísimas cosas creo, pero te acostumbras porque es el sistema, entonces ni modo te toca adaptarte a ese sistema”.

La investigación académica esgrime que una de las estrategias de legitimación de la violencia en los espacios de educación clínica consiste en la construcción de narrativas que distorsionan los hechos y ponen en duda la integridad de las víctimas, a quienes se etiqueta como problemáticas y se les aplican castigos, lo que genera miedo y sabotea las denuncias. En este sentido los estudiantes no expresaron experiencia de castigos por situaciones en la que denunciaran algún acontecimiento; Pero si confirman la existencia de estas narrativas distorsionantes en sus entornos clínicos. (Lempp & Seale, 2004).

Dentro de este orden de ideas D6 expreso: “Yo no le digo al docente que no me agrada esa actitud, ni tampoco le voy a decir lo que me dijo, me trato muy mal, me hizo sentir muy mal, porque en primer lugar el docente: tengo cero, me va a poner cero, en segundo lugar, en la dirección académica o la subdirección académica, voy a estar “fichado” que me fui a quejar con ese docente y ya los demás docentes la van agarrar conmigo”.

En cuanto al apoyo recibido por situaciones problemáticas como las referidas los Coordinadores de Asignatura comparten la opinión de que debe de involucrarse a los protagonistas en tales casos, cumpliéndose íntegramente con cada uno de los pasos sugeridos por las distintas normativas, en otros aspectos difieren sus opiniones.

El coordinador de Asignatura 2 expresó: “Ante situaciones problemáticas siempre se hace de una manera, de una forma fraterna, se deja control si la queja es en relación a una relación estudiante-profesor que se tenga en uno de los servicios se aborda directamente con el docente para bajar al nivel del alumno que en este momento está en formación, es decir, si se dejó una tarea que es muy pesada que no está al nivel del alumno, se le orienta al profesor

que pueda descender al nivel que ese momento el alumno tiene. En general se aborda con las dos partes, es decir, se aborda con el docente y con el alumno, hasta ver ya superado el problema académico que nosotros podemos estar enfrentando en ese instante”.

Por otra parte el Coordinador de Asignatura 1 manifestó: “A ver una de las cosas es que como jefe de Departamento, casi siempre estoy llegando al inicio de clases, llego un día, llego a ver, que el profesor este, pregunto alguna situación; los estudiantes que es que ellos tienen un representante por cada hospital, busco tener reuniones dos o tres veces en el semestre para ver cómo está el desempeño, si hay alguna dificultad, una de lo primero que hacemos es que ante una duda, un problema, el busque a su inmediato superior, su inmediato superior es el profesor principal de su hospital, cada estudiante sabe quién es su profesor principal y se les recuerda, yo algunas veces si encuentro que hay alguna confusión yo intento aclararles quien es. Pero también como ellos vienen aquí para saber su ubicación hospitalaria reconocen y saben que yo soy el jefe del Departamento, si es una dificultad un poco más allá del orden académico, entonces lo que pedimos es que intenten hacer eso escrito para que no quede como una situación a nivel de chisme, por decirlo así, entonces queremos que eso quede escrito, si vamos ir, tratando de resolver eso en el hospital, si no se puede resolver en el hospital entonces vamos a subir a la universidad por decirlo así, si es algo operativo es que mira no hay a quien entregarle la hoja de turno, si hay alguna otra situación de otra índole, hasta consejo disciplinario si fuera necesario”.

En relación con la experiencia y opiniones de los docentes coinciden en un abordaje diferencial de los problemas, expresaron diversos puntos de vista y estrategias, que cumplen con las normativas, los derechos de los estudiantes y siempre una adecuada comunicación para conocer de los problemas que se le presenten.

Al respecto Dte. 1 expreso: “Primero esclarecemos las funciones de los estudiantes, primero les decimos, usted aquí el hospital es responsable de hacer esto, y esto, y esto no puede hacer más que esto, porque no le compete, no se meta en problemas con esto porque sus funciones son esta, esta y esta, por ejemplo el estudiante siempre debe hacer las

actividades supervisadas, siempre debe estar bajo supervisión, eh, nunca va hacer las cosas solo, al menos en el hospital, si hay un problema, entonces abordamos el problema, primero escuchamos su, lo que él, la causa que él considera que es el problema y puede ser por rendimiento académico por ejemplo, le preguntamos qué problema tiene, si tiene algún problema por el que no puede cumplir, por ejemplo a veces hay ausencia de literatura, no tiene libros, entonces le decimo bueno te puedes meter a internet tenes esta red, donde puedes revisar los temas así y así, otro es por cuestiones de carácter, cuestiones de comportamiento, ahí si lo llamamos, le decimos mira, en medicina las cosas son de esta manera y si no son de esta manera no te vas a graduar, si vos no haces lo que tenes que hacer, entonces no vas a graduarte, porque el arma fundamental que tenemos, porque el castigo más grande que podemos darte, es en tu nota y eso te va a doler más que cualquier otra cosa, tenes que entender que para poder progresar y para poder desarrollar tu trabajo y para poder lograr tu objetivo que es graduarte tenes que cumplir con lo que tenes que cumplir en el hospital de lo contrario no vas a obtener la nota que quieres, lo abordamos desde ese punto de vista”.

Por otra parte, Dte. 2 expreso: “Como yo tengo muchos años de estar en esto, ya he recibido de todo, desde quejas mínimas hasta mayores pero en general de lo que se trata es no de ser paternalista con los estudiantes, pero sí que sientan que tienen a alguien que pueda responder por ellos, que ellos que a pesar de que son estudiantes, tienen deberes, pero también tienen derechos; pero hablando específicamente de quejas de ellos si se ha dado la situación de que por algún motivo especial, algún rechazo o sienten de que no están bien abordados en alguna sala, nosotros hemos tomado la decisión de que el colectivo docente tanto yo como los otros profesores, de retirarlos de una sala que ellos sientan o perciban, nosotros hacemos la averiguación, de que talvez ha habido roces o alguna cosa confrontativa, entonces se redistribuyen los grupos y simplemente no participan si hubiera algún medico de base que, nosotros eso hacemos, los retiramos, sin darles ninguna explicación, tampoco les vamos a decir, en vista de las quejas que ustedes levantaron, no, simplemente a partir del lunes los vamos a reubicar y van a estar en tal y tal lado.”

Por otra parte, Dte. 3 manifestó: “Bueno de queja de los estudiantes así hacia nosotros, por lo general hemos tenido muy poco, muy retiradas diría yo, lo que hemos tenido algunas ocasiones como tipo de problemática que a veces en el posturno, en la sala cuando ellos se van de la sala a las once de la mañana que a veces se llevan recetas, tubos, alguna jeringa y los encuentra el CPF y entonces eso se genera un problema, porque a veces ellos les levantan un acta de que le encontraron tal cosa y a veces hasta a docencia han ido a parar algunos, por ese particular, pero eso se arregla a lo interno y no pasa a más. En los turnos no es queja de ellos sino de los residentes, que se pierden muy temprano, entonces cuando es así hablamos con ellos que hasta que el residente les dé permiso de que se vayan a descansar, hay que irse a descansar, pero al menos hay que estar haciendo lo que esté pendiente con los pacientes y la otra, es que, si realmente hay algo más problemático que nos digan a nosotros, tratar de ver que fue lo que sucedió y aclarar las cosas.”

## **XXI.- CONCLUSIONES.**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la información que fue recopilada a través de la aplicación de los diversos instrumentos, se procede a plantear ideas concluyentes correspondientes a cada uno de los propósitos específicos de esta investigación.

1. Los estudiantes reconocen la existencia de la violencia interna hegemónica en sus tres dimensiones: física, Psicológica y Simbólica. En cuanto a la violencia interna hegemónica reportaron la existencia de ciertas experiencias con patrones de agresión física, experimentados con los médicos residentes, especialmente en los turnos o rotaciones nocturnas.

2. Los estudiantes confirman que la violencia interna hegemónica psicológica existe, representada a través de experiencias y momentos muy despectivos para ellos en las que por el desconocimiento exacto de los rituales o procedimientos tuvieron señalamientos personales o grupales.

3. Los estudiantes señalaron que la Violencia Interna Hegemónica Simbólica es inadecuada y existe expresándose en tratos humillantes por parte de algunos docentes, de esta forma entendieron el significado de la autoridad principalmente en situaciones en las que no podían responder preguntas o cuando son criticados por examen clínico insuficiente.

4. El Currículo oculto se representa en diferentes formas, una de ellas es en la existencia de la jerarquía, así como las prácticas de su enseñanza, admitida como organización del campo médico, que reconocen todos los sujetos de la presente investigación no forma parte de las enseñanzas oficiales del currículo actual.



5. La importancia de la jerarquía como parte del currículo oculto es cuestionada por los estudiantes que la consideran injusta y carente de equidad. Señalando que afecta abiertamente a su desarrollo profesional.
  
6. Los estudiantes confirman que como parte del currículo oculto ocurre una constante rivalidad entre áreas del conocimiento del campo médico, en este caso Cirugía y Medicina Interna. También reportan la adulación persistente como una práctica común y las referencias despectivas de una especialidad hacia otra.
  
7. Los coordinadores de asignatura señalan que no ocurre confrontación transdisciplinar y que se enseña adecuadamente el valor de cada especialidad, así como su interdependencia.
  
8. Los docentes señalan que la jerarquía es importante porque les enseña el valor de la responsabilidad y el respeto.
  
9. En cuanto al apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica ellos perciben que hay poco apoyo por parte de la universidad a este tipo de situaciones.
  
10. Los estudiantes señalan que silencian las quejas por temor a represalias, temor a ser fichados, temor a ser considerados problemáticos.
  
11. Los coordinadores de Asignatura consideran que ante este tipo de situaciones sus acciones se basan en seguir los pasos propuestos por las normativas.

12. Los docentes en cambio perciben que se respetan los derechos de los estudiantes y que mantienen una comunicación constante para la detección y correcto seguimiento de cualquier problema que se les presente.

## **XXII. RECOMENDACIONES.**

### **Al Decanato de la Facultad de Ciencias Médicas:**

1. Promover con el Vicerrectorado de Asuntos Estudiantiles coordinación de orientación psicológica cursos de capacitación con los contenidos de Relaciones Interpersonales, para que de esta manera se mejoren las relaciones interpersonales de manera directa entre estudiantes y docentes para todas las áreas clínicas.
2. Fomentar la realización de investigaciones similares al presente estudio y que se complete con el resto de los años de áreas clínicas, incluyendo el internado rotatorio.
3. Conformar un grupo de docentes de la Facultad de distintas disciplinas y que también invite a docentes de otras facultades para la atención de quejas, molestias, incomodidades de los estudiantes de áreas clínicas, brindando seguridad a los estudiantes de que son revisadas sus solicitudes al respecto.
4. Promover la realización de un diagnóstico facultativo que confirme como se dan las relaciones interpersonales entre docentes y estudiantes, que facilite mejorar las relaciones y proporcione planes para superar las debilidades u obstáculos que se encuentren.

### **A las Coordinaciones Docentes de cirugía y Medicina Interna:**

1. Reconocer la importancia de la enseñanza de la jerarquía interpretando esta como una organización equitativa, fundamentada en el trabajo en equipo.
2. Elaborar diagnóstico para la Detección de la confrontación transdisciplinar en los entornos de enseñanza clínico.

3. Promover la enseñanza del trabajo tras y multidisciplinario, fomentando el valor de cada área de conocimiento en los espacios clínicos.

4. Desarrollar sesiones de trabajo con los estudiantes para abordar cuestiones problemáticas en el curso de sus actividades académicas.

**Al Colectivo Docente de cirugía:**

1. Diseñar talleres para la incorporación de los contenidos de la enseñanza de la jerarquía desde una perspectiva multisectorial, basada en el trabajo en equipo equitativo e integral.

2. Proponer cursos a los docentes para la importancia de la integración y aportes de todas las disciplinas o áreas de conocimiento entre sí.

3. Fomentar la evaluación de las situaciones problemáticas que tengan los estudiantes de forma rutinaria.

**Al Colectivo Docente de Medicina Interna:**

1. Implementar la incorporación de la enseñanza de la jerarquía como una oportunidad más de trabajo en equipo equitativo e integral.

2. Diseñar experiencias de aprendizaje respecto a la importancia del valor de cada uno de los campos de conocimiento en la formación del médico.

3. Implementar sesiones con los estudiantes que favorezcan el reconocimiento de las problemáticas que tengan los estudiantes.

### XXIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Cassarini, M. (2009). *Teoría y diseño curricular*. México D.F., México: Editorial Trillas.
- Castro, R., & Villanueva, M., (2018). Violencia en la práctica médica en México: Un caso De ambivalencia sociológica. *Estudios Sociológicos*. 36 (108), 539-569. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/es/v36n108/2448-6442-es-36-108-539.pdf>
- Díaz, B., (2006). La educación en valores: Avatares del curriculum formal, oculto y Los temas transversales. *Revista Electrónica de la Investigación Educativa*. Vol. 7, (2), 10-22. Recuperado de: <https://redie.uabc.mx/redie/issue/view/18>.
- Díaz, Q. (2006). Formación docente, practica pedagógica y saber pedagógico *Revista de Educación Laurus*. Vol. 12 (1), 88-103. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/761/76109906.pdf>.
- Hafferty, F. & O'Donnell, J. (Ed.). (2014). *The hidden curriculum in health professional Education*. Hanover, New Hampshire, New England: Darmouth College Press.
- Hamui, A., & Varela, M., (2013). La técnica de los grupos focales. *Investigación en educación médica*. Vol. 2 (1).55-60. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2007-50572013000100009&lng=es&nrm=iso)
- Hopkins, L., Saciragic, L., Kim, J., & Posner, G. (2016). The Hidden Curriculum: Exposing the Unintended Lessons of Medical Education. *Cureus*, 8(10), e845. <https://doi.org/10.7759/cureus.845>
- Jurjo, T. (1998). *El Currículo Oculto*. Madrid., España: Editorial Morata.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ (Clinical research ed.)*, 329(7469), 770–773. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7469.770>

- Lodjova, K., (2015). Currículo oculto historias vividas. Narraciones de enseñar a los Estudiantes sobre la escuela. *Orientación Pedagógica. Vol. 25, (5), 649-670.* Recuperado de: <https://doaj.org/article/ea5ecd8a477942129f1079105ebd6165>.
- Michalech, B., & Hafferty F., (2013). Profesionalidad del retraso del crecimiento: La potencia y durabilidad del currículo oculto en la educación médica. *Social Theory & Health, Basingstoke. Vol. 11, (4), 388-406.*
- Moreno, C., & Sepúlveda, L., (2013). Discriminación y violencia contra los estudiantes de Medicina en la Universidad de Caldas. *Investigación en Educación Médica. 2 (1), 37-41.* Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713726802>.
- Murakami, M., Kawabata, H., & Maezawa, M. (2009). The perception of the hidden curriculum on medical education: an exploratory study. *Asia Pacific family medicine, 8(1), 9.* <https://doi.org/10.1186/1447-056X-8-9>.
- Obando, F., & Díaz, E., (2007). La formación ética de los estudiantes de medicina: La brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica. Vol. 13 (1), 107-113.* Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/554/55413111.pdf>.
- Patiño, A. (2015). *El currículo oculto en la práctica docente y su impacto en el estudiante graduando de la Facultad de Economía de la Universidad de Panamá. Año 2015.* (Tesis de Maestría). Universidad de Panamá. República de Panamá.
- Pérez, M. (2012). *Conceptos básicos de la teoría curricular.* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Sistema de Universidad Virtual. Recuperado de: [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI\\_Lectura/LITE/LECT62.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Lectura/LITE/LECT62.pdf)
- Reddy, S. T., Farnan, J. M., Yoon, J. D., Leo, T., Upadhyay, G. A., Humphrey, H. J., & Arora, V. M. (2007).

Participación de estudiantes de medicina de tercer año. *Medicina Académica: Revista de la Asociación del Colegio Médico Americano*, 82(10 Suppl), S35–S39. Recuperado de: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181405e1c>.

Saintil, D. (2011). *Hidden in Plain View: Classroom Space, Teacher Agency and the Hidden Curricula*. (Tesis doctoral). Universidad de Harvard. Estados Unidos.

Spatakis, J. (2017). Reflexiones sobre violencia y la profesión médica. Reeducación Para la salud. *Cuadernos del Centro de Estudios de la salud del Sindicato Médico del Uruguay*, 5(1). Recuperado de: <https://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos5/index.html>.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. (2012). *Currículo de la carrera de Medicina*. Recuperado de: <https://www.unan.edu.ni/index.php/facultad-de-ciencias-medicas>.

Witman, Y. (2014). What do we transfer in case discussions?

The hidden curriculum in medicine. *Perspectives on medical education*, 3(2), 113–123. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s40037-013-0101-0>.



## **XXIV. ANEXOS.**

## **Anexo Numero 1.**



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.**

### **ENTREVISTA CUALITATIVA A COORDINADORES DE COLECTIVOS DOCENTES.**

#### **Participantes.**

Un docente de Cirugía General, un docente de Medicina Interna y los Coordinadores de las secciones de Cirugía General y Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN, Managua.

#### **Lugar y hora.**

Oficinas del Departamento Clínico. 02:00 pm.

Auditorio 6601. 01:00 pm.

#### **Propósitos Específicos.**

1. Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

#### **Metodología.**

La entrevista se aplicará por separado a cada uno de los participantes, con el objetivo de recopilar la información, se pedirá el consentimiento de los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica y cámara de video. Los cuales permitirán recopilar la información de manera práctica y objetiva. Se les informará a los docentes sobre el objetivo del proceso de investigación.

Se harán las preguntas al docente con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

**Si usted es coordinador de Asignatura, conteste lo siguiente:** ¿Cómo aborda la confrontación interdisciplinar a lo interno de los colectivos docentes que usted dirige?

Explique ¿Cómo se enseña a los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?

¿Cuál es la forma de enseñanza de la importancia que debe tener para los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?

¿Cómo se aborda el error que pueda cometer un estudiante durante un pase de visita al presentar un caso clínico o realizar un examen clínico a un paciente o pacientes?

¿Cuáles son las estrategias que se emplean para abordar las dudas de los estudiantes?

¿Cómo percibe que se comprueba si las dudas han sido totalmente esclarecidas?

¿Cómo aborda con los estudiantes quejas o alguna situación problemática respecto al trabajo, tareas o funciones que deben cumplir?

## **Anexo Numero 2.**



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.**

### **ENTREVISTA CUALITATIVA A DOCENTES.**

#### **Participantes.**

Un docente de Cirugía General, un docente de Medicina Interna y los Coordinadores de las secciones de Cirugía General y Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN, Managua.

#### **Lugar y hora.**

Oficinas del Departamento Clínico. 02:00 pm.

Auditorio 6601. 01:00 pm.

#### **Propósitos Específicos.**

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

#### **Metodología.**

La entrevista se aplicará por separado a cada uno de los participantes, con el objetivo de recopilar la información, se pedirá el consentimiento de los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica y cámara de video. Los cuales permitirán recopilar la información de manera práctica y objetiva. Se les informara a los docentes sobre el objetivo del proceso de investigación.

Se harán las preguntas al docente con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

Si usted es coordinador de Asignatura, conteste lo siguiente: ¿Cómo aborda la confrontación interdisciplinar a lo interno de los colectivos docentes que usted dirige?

Explique ¿Cómo se enseña a los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?

¿Cuál es la forma de enseñanza de la importancia que debe tener para los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?

¿Cómo se aborda el error que pueda cometer un estudiante durante un pase de visita al presentar un caso clínico o realizar un examen clínico a un paciente o pacientes?

¿Cuáles son las estrategias que se emplean para abordar las dudas de los estudiantes?

¿Cómo percibe que se comprueba si las dudas han sido totalmente esclarecidas?

¿Cómo aborda con los estudiantes quejas o alguna situación problemática respecto al trabajo, tareas o funciones que deben cumplir?

### Anexo Numero 3.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

## Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.

### GRUPO FOCAL DE ESTUDIANTES.

Ficha .....

#### Participantes.

Se desarrollará un grupo focal con 9 estudiantes que cursan la asignatura de Medicina Interna y Cirugía General, en el primer y segundo semestre de 2019 las actividades prácticas las desarrollaban en horario de 07:00 am a 11:00 am en el Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez y las actividades teóricas de 12:00 MD. a 01:00 pm en el Recinto Universitario Rubén Darío.

#### Lugar y hora.

Aula 6609, jueves de 02:00 a 03:30 pm

Aula 6608, jueves de 02:00 a 03:00 pm

#### Propósitos Específicos.

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

#### Metodología.

Cada grupo focal se desarrollará por separado. Se les informara a los estudiantes sobre el objetivo de proceso de investigación.

Para recopilar la información se solicitará consentimiento a los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica o cámara de video, los cuales permitirán compilar la información de manera más objetiva.

Se harán preguntas a los estudiantes con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

#### **A) La experiencia en cuanto a la violencia interna hegemónica física en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Narre:

- Las situaciones que usted considera como desagradables o excesivas desarrolladas hacia usted durante sus rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.

#### **B) El significado en cuanto a la violencia interna hegemónica psicológica en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Explique:

- ¿Cómo se organiza la vida medica dentro de los hospitales?, ¿Cómo es la cadena de poder o mando que existe dentro de la vida medica? ¿Cuáles son sus funciones y privilegios que existen asociados a esta organización?

Narre:

- ¿Cuál es la importancia para usted que se enseñe y se practique este tipo de organización?
  
- ¿Qué sucede si durante un pase de visita no tenía o no podía tener la respuesta?

- ¿En las clases teóricas recibidas en la universidad se habla del sistema organizacional que rige en los hospitales?

**C) El juicio en cuanto a la violencia interna hegemónica simbólica en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Narre lo siguiente:

- ¿En cuanto a la toma de decisiones grupales del trabajo colaborativo consideran ejemplares los modelos desarrollados en los servicios que usted roto? ¿Por qué?
- Con respecto a la pregunta anterior ¿Considera que son suficientes las estrategias colaborativas o de grupo que se han brindado durante su formación académica?
- ¿La adulación forma parte o acompaña al poder, a la jerarquía dentro de los estratos en el campo medico? ¿Cómo se muestran estos elementos en las clases teóricas impartidas en la universidad?

**D) Interpretar la representación en cuanto al Currículo oculto**

Narre:

- ¿Cuáles son los rituales y procesos y por qué deben aprenderse para tener éxito en el hospital? ¿Cómo se abordan estos procesos en las clases y actividades teóricas desarrolladas en la universidad?

**E) Apoyo brindado a los estudiantes en cuanto a la violencia interna hegemónica.**

Narre:

- Ante situaciones que ustedes encontraran desfavorables ¿Qué acciones emprendían? ¿Cuál ha sido el papel que la universidad ha mostrado ante este tipo de situaciones?
- ¿Es necesario expresar su descontento ante este tipo de situaciones o pueden ser catalogados como problemáticos?



- ¿Consideran necesario que se presenten este tipo de situaciones para formar el carácter que todo médico debe tener

#### Anexo Numero 4.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Buenos días/tardes, Soy el Dr. Alexander Rubén Mendoza PARRALES, Médico y docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN, Managua) la razón de mi visita se debe a que estoy realizando un estudio investigativo titulado:

**“Percepción del currículo oculto por estudiantes de pregrado, medicina interna y cirugía general, Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez, Managua, Nicaragua, enero a diciembre 2019.”**

En el estudio se garantizará la confidencialidad de los participantes y los resultados obtenidos tendrán la utilidad de comprender la percepción del Currículo oculto que actualmente acontece en las asignaturas de Cirugía general y Medicina Interna, debido a su trascendental influencia en el establecimiento de posibles comportamientos no profesionales.

Si usted acepta participar en la investigación no recibirá un beneficio directo ni monetario de los resultados de este estudio. La información obtenida podría ayudar en el futuro a mejorar la transformación curricular en las asignaturas de Cirugía general y Medicina Interna de esta universidad.

Usted tiene la libertad de decidir si desea participar en la investigación y esto no tendrá ningún efecto negativo en sus actividades laborales ni académicas, si decide participar se le agradece de antemano su colaboración y participación, con el compromiso de retroalimentarlo con los resultados de la presente investigación. En caso de participar, se le solicita que realice el llenado de los siguientes datos:

Yo \_\_\_\_\_, con número de Cedula de Identidad \_\_\_\_\_, he leído la información de esta hoja de consentimiento y todas mis preguntas sobre la investigación y mi participación en este han sido aclaradas, también se han aclarado las dudas. Autorizo mediante este consentimiento el uso y la divulgación de mi información en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua para los propósitos descritos anteriormente.

## Anexo Numero 5.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.**

**ENTREVISTA CUALITATIVA COORDINADOR DE COLECTIVO DOCENTE.**

**Ficha:** .....AaC.....

### **Participantes.**

Un docente de Cirugía General, un docente de Medicina Interna y los Coordinadores de las secciones de Cirugía General y Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN, Managua.

### **Lugar y hora.**

Oficinas del Departamento Clínico. 02:00 pm.

Oficinas del Departamento de Ciencias Fisiológicas. 01:00 pm.

### **Propósitos Específicos.**

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

### **Metodología.**

La entrevista se aplicará por separado a cada uno de los participantes, con el objetivo de recopilar la información, se pedirá el consentimiento de los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica y cámara de video. Los cuales

permitirán recopilar la información de manera práctica y objetiva. Se les informara a los docentes sobre el objetivo del proceso de investigación.

Se harán las preguntas al Coordinador de Colectivo Docente con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

**Si usted es coordinador de Asignatura, conteste lo siguiente: ¿Cómo aborda la confrontación interdisciplinar a lo interno de los colectivos docentes que usted dirige?**

**AaC:** Digamos esta confrontación interdisciplinar es muy dinámica, tiene muchos contextos, uno de los cuales y creo yo que es de lo más importantes es el de la consideración de que cada una de las asignaturas que nosotros servimos en la Facultad de Medicina, tienen un nivel jerárquico igual, es decir, cada una de las asignaturas es homologa con las otras asignaturas, vamos a citar ejemplos: digamos medicina interna tiene el mismo nivel de superioridad que cirugía General y es a la vez interdependiente es decir se interrelacionan las asignaturas hasta llegar al diagnóstico clínico de un paciente, necesitamos también decir que otorrinolaringología con el servicio de radiología de alguna manera se interrelacionan porque los pacientes en algún momento consultan y cuando nosotros tenemos a los estudiantes de medicina en el aula de clase, les vamos mostrando que cada una de estas asignaturas tienen un nivel de importancia necesario y que el abordaje transdisciplinar debe tener homologo, amigable, fraterno para que pueda conllevarse a tener un buen producto que es el alumno, el médico general bien formado pero con valores y esos valores de equidad, deben mostrarse desde aquí desde la Facultad de Medicina.

**Explique ¿Cómo se enseña a los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?**

**AaC:** Este es un aspecto muy interesante en relación con la jerarquía porque prácticamente en la Facultad de medicina la jerarquía es simbólica, la jerarquía existe, pero eso existe en base a conocimientos científicos y en base a lo que nosotros llamar en el Currículo oculto horas de vuelo, es decir la experiencia que ha acumulado el catedrático docente a lo largo de los años, esta jerarquía comienza en la base, quien construye la base es el estudiante de medicina, es el medico en formación, a medida que va escalando peldaños académicos se va consolidando hasta llegar a la cúspide que es el Médico Especialista, que tiene una formación científica, técnica, pedagógica, metodológica, etc. Este es el medico que ocupa la parte superior de la pirámide del conocimiento científico, me refiero a la pirámide jerárquica, es decir se le explica, se le va enseñando con ejemplos y de una manera fraterna al alumno que uno va escalando cada uno de los peldaños y en base a eso se va ganando cierto nivel de consideración, de estima, de respeto académico, me refiero simbólico, no es como una cadena militar, sino más bien como algo simbólico pero que se va obteniendo y seguir escalando los peldaños académicos que necesita el conocimiento científico en la carrera de medicina, esta

misma cadena jerárquica se aplica digamos en la construcción del alumno de pregrado otro es en el hospital, en el hospital tenemos alumnos de pregrado, tenemos alumnos de posgrado y aquí se nota la jerarquía de una manera más tangible, porque va no solamente la base allá en el posgrado es el médico residente que va cursando los diferentes años, desde el primer año de residencia, hasta que va concluyendo la especialidad, en el último año de residencia y luego los catedráticos que van construyendo su digamos tiempo de estar laborando en el sistema de salud y que van ganando mucha experiencia no solamente, digamos asistencial y profesional y como en valores como persona es decir eso es en el hospital, en el servicio, los diferentes servicios del posgrado, ya sea en el servicio de cirugía o en el servicio de otorrino o en el servicio de oftalmología también es notoria esta jerarquía simbólica y lo mismo, en la base está el alumno en formación, el médico especialista con años de experiencia académica científica.

**¿Cuál es la forma de enseñanza de la importancia que debe tener para los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?**

**AaC:** Si, estos aspectos importantes en relación a jerarquía, eh, se hacen construyendo una pirámide simbólica, es un escalafón medico simbólico, el cual vamos construyendo en base a valores, estos valores pues se trasladan a cada uno de los escenarios en los cuales nos desenvolvemos, digamos en la Facultad de Medicina, en el aula de clase, está el alumno, en estrecha relación con el profesor que generalmente es un catedrático con muchos años de experiencia y mucho prestigio académico, que es el que está impartiendo la conferencia, la clase magistral, la Forma Organizativa de la Enseñanza que nosotros utilizamos para la transmisión del conocimiento científico, en el otro escenario que es la sala donde rotan los muchachos, en los diferentes servicios hay también un escalafón jerárquico que está compuesto por los muchachos en la base, los muchachos residentes y que van escalando poco a poco académicamente, verdad, hasta llegar a ser especialista, pero sin experiencia, el médico debe de digamos, la cúspide de la pirámide va construyendo su sapiencia, su sabiduría, su conocimiento científico, en base a los años que van transcurriendo de experiencia científica y de estudios, entonces, esto se basa en valores, pero en diferentes niveles, uno es el nivel del pregrado, el alumno digamos, estudiante de medicina que está en formación y otro es el del residente, ya es médico, que está en su posgrado y también va viendo esos valores, los valores se construyen de una manera constante, diaria y son valores siempre en positivos que están relacionados con el respeto, la tolerancia, es decir la puntualidad, el porte y el aspecto y la parte ética que es muy importante que es el respeto al paciente, es diferente el trato de un varón que el trato de una mujer, a decir a ambos pacientes que son, pacientes de la comunidad, personas de la comunidad, el respeto, pero es decir en el paciente varón pues se respeta el pudor; pero no tanto como en el de una dama, ahí es delicado, incluso, para la protección del pudor de la paciente, entonces estos valores se les van transmitiendo a los muchachos y es así como se va construyendo desde los diferentes escenarios en el que nosotros nos desenvolvemos.

### **¿Cómo se aborda el error que pueda cometer un estudiante durante un pase de visita al presentar un caso clínico o realizar un examen clínico a un paciente o pacientes?**

**AaC:** Se aborda de diferentes formas, dependiendo de la experiencia y de la calidad humana del médico especialista que en ese momento está fungiendo como tutor o que está dirigiendo el pase de visita conjunto, las diferentes situaciones que voy abordar a continuación, el primero de los casos es suspender digamos omitir digamos en ese momento que el alumno que está presentando continúe, se hace un alto y se le deja como forma de una investigación o de tarea en casa para que al día siguiente mejore, ese es uno de los casos, el otro es que el profesor está en la disposición de detener el examen clínico, la tutoría directa del paciente real y toma la palabra y explica, es decir lo corrige, lo corrige de una manera fraterna, una vez que ha corregido el error de una manera fraterna, permite al estudiante que continúe, lo otro es que definitivamente y es el peor de los escenarios es que omita la participación del médico en formación y que lo haga que continúe otro y que definitivamente lo saque del contexto, en ese caso, no es lo correcto pero si hemos visto que si se hace, generalmente tónica general es que se omite, es decir hasta ese momento donde se ha producido el error y se deja como tarea en casa, para ser revisado con un mejoramiento de la respuesta para el día siguiente, porque el día siguiente el proceso de formación continua, entonces se aprovecha el siguiente pase de visita para que el alumno mejore, una vez que ha revisado el error en casa.

### **¿Cuáles son las estrategias que se emplean para abordar las dudas de los estudiantes?**

**AaC:** Es una pregunta muy bonita y esperada también, hay muchas estrategias de abordar las dudas de los estudiantes, primera y yo creo que es la más importante es hacer una remembranza digamos del conocimiento científico en ese preciso momento que se está haciendo el abordaje clínico o la tutoría directa con el paciente real explicando con una forma fraterna al alumno como es que se desarrolla el abordaje y como se desenvuelve el conocimiento científico en ese preciso instante; la otra forma es dejarla como tarea en casa o trabajo en casa dándole solamente un esbozo, a manera general, un cuadro sinóptico de lo que tiene que abordar el día siguiente, es decir para que el alumno rememore, revise la literatura y al día siguiente, en el nuevo pase de visita que tenemos con la tutoría directa del paciente real se revisen las dudas que pudieron quedar pendientes, esos son los dos escenarios que grosso modo se presentan en los pases de visita que hoy en día se conoce como tutoría directa con paciente real.

### **¿Cómo percibe que se comprueba si las dudas han sido totalmente esclarecidas?**

**AaC:** Esas dudas se comprueba cuando el alumno se ha apropiado del conocimiento científico, ¿Cómo lo sabe uno?, bueno al momento de hacer un pase de visita o al hacer el seminario o de la Forma Organizativa de la Enseñanza que uno emplea, que el profesor, que el tutor emplea, hace preguntas de control, es decir las preguntas son específicas es decir algunas veces en cuanto a rubrica u otras veces de una manera empírica, revisando la literatura, específicamente la tarea en casa, es decir si se le dejo al alumno sobre ese tema

específico es que se hacen las preguntas de control y si el alumno responde de una manera adecuada, al menos el 80% de la tarea en casa, uno comprueba que las dudas han sido esclarecidas, lo otro es la forma práctica, es decir haciendo el abordaje práctico o semiológico del paciente y si el alumno al momento del abordaje lo realiza con éxito, entonces uno entiende que ha superado ese pequeño inconveniente y seguimos adelante con el pase o el abordaje clínico que estábamos haciendo.

**¿Cómo aborda con los estudiantes quejas o alguna situación problemática respecto al trabajo, tareas o funciones que deben cumplir?**

**AaC:** Siempre se hace de una manera, de una forma fraterna, se deja control si la queja es en relación a una relación estudiante-profesor que se tenga en uno de los servicios se aborda directamente con el docente para bajar al nivel del alumno que en este momento está en formación, es decir, si se dejó una tarea que es muy pesada que no está al nivel del alumno, se le orienta al profesor que pueda descender al nivel que ese momento el alumno tiene, si el alumno tiene dificultades en la adquisición de conocimientos se le ayuda al alumno para que supere su pequeño déficit académico, en general se aborda con las dos partes, es decir, se aborda con el docente y con el alumno, hasta ver ya superado el problema académico que nosotros podemos estar enfrentando en ese instante

## Anexo Numero 6.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.

Ficha: .....Dte. Número Correspondiente.....

#### Participantes.

Un docente de Cirugía General, Dos docentes de Medicina Interna y los Coordinadores de las secciones de Cirugía General y Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN, Managua.

#### Lugar y hora.

Oficinas del Departamento Clínico. 02:00 pm.

Oficinas del Departamento de Ciencias Fisiológicas. 01:00 pm.

#### Propósitos Específicos.

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

#### Metodología.

La entrevista se aplicará por separado a cada uno de los participantes, con el objetivo de recopilar la información, se pedirá el consentimiento de los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica y cámara de video. Los cuales permitirán recopilar la información de manera práctica y objetiva. Se les informara a los docentes sobre el objetivo del proceso de investigación.



Se harán las preguntas al docente con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

**Explique ¿Cómo se enseña a los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?**

**Dte.:** Bueno en primer lugar le decimos que el que dirige el pase de visita es un médico de base, es el que tiene mayor prelación, con prelación me refiero a responsabilidad, digamos el encargado de la sala, el jefe del servicio de cirugía, el segundo jefe de servicio, el responsable del área, que está ahí o el cirujano de mayor jerarquía, mayor tiempo de graduado, el residente de cuarto año en el área de cirugía, la prelación después del médico de base, después el R3, después el R2, después el R1 y después el estudiante de medicina, eso se le enseña por la cuestión de responsabilidades, el medico de base y eso lo ven ellos en el pase de visita, el medico de base le da indicaciones al médico residente de mayor jerarquía que está en el pase de visita, esas indicaciones las hace cumplir el residente, y otro residente por ejemplo uno les dice hacete las recetas, hacete evolución y ponete esto y esto, una vez que tienen todo esto concluido que lo hacen entre todo asisten donde el medico que dirige el pase y les firma el documento, nosotros firmamos el documento, entonces el estudiante aprende cual es la jerarquía que se tiene y cuáles son los niveles de responsabilidad que se tienen en el pase de visita, en sala de operaciones pasa igual, en las clases pasa igual, uno pregunta al estudiante de medicina, al R1, al R2, al R3, al R4 en ese orden, entonces ellos van viendo desde el inicio de su relación con nosotros, como es la prelación, como es la jerarquía que existe en medicina, en el Hospital.

**¿Cuál es la forma de enseñanza de la importancia que debe tener para los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?**

**Dte :** Bueno le enseñamos que la importancia de la jerarquía es la responsabilidad ante la ley, les decimos el primer responsable del paciente es el médico tratante, generalmente es un médico de base y lógicamente nosotros le decimos a los residentes, a un estudiante, a todos yo puedo delegar un acto y le digo al médico opere este caso, póngale este tubo, póngale esta inyección, yo delego este acto, pero la responsabilidad sigue siendo mía, es decir cualquier cosa que ocurra con ese paciente, yo no puedo decir, no, es que yo le dije que lo operara el, entonces el estudiante aprende que la decisión de lo que se va hacer desde un punto de vista jerárquico, aunque lo haga Juan, Pedro, Chico de los Palotes, cada grupo jerárquico tiene responsabilidades distintas, por ejemplo si yo doy la orden y le digo al residente haga esto y esto y resulta que el no hace eso, hizo otra cosa, entonces la responsabilidad aunque sigue siendo mía, pero ya yo dejo una responsabilidad a él, yo asumo la responsabilidad ante la ley, pero el responsable ante mi es él y entonces él tiene que cumplir o se va a exponer a sanciones que ya están reglamentadas dentro del reglamento académico del residente o del estudiante, entonces los grados de responsabilidad, que esa jerarquía se mantiene en todos los sitios, en la consulta, en sala de operaciones, en el pase de visita, en

todos los sitios se mantiene el orden jerárquico porque son niveles de responsabilidades, entonces ahí se enseña al estudiante que aprenda los grados de responsabilidad que tiene cada quien en y al final el responsable mayor es quien tiene mayor jerarquía.

**¿Cómo se aborda el error que pueda cometer un estudiante durante un pase de visita al presentar un caso clínico o realizar un examen clínico a un paciente o pacientes?**

**Dte. :** Bueno si el estudiante se equivocó en el examen o en el procedimiento se le pide a otro estudiante que lo haga y si ese otro estudiante se equivoca se le pide que lo haga y si todos se equivocan el profesor lo hace como tiene que ser, entonces todos lo hicieron mal, pero esto se debe hacer de esta manera, esto se hace así y así, así, después dice hágalo usted ahora y el estudiante viene y lo hace, entonces aprende de una forma práctica, por ejemplo si alguien se equivoca en el razonamiento de un diagnóstico por ejemplo, entonces se le retrocede y se le dice paremos aquí, a partir de aquí, porque tomas esta decisión o porque esta otra, a ver explícame porque, en base a que, cuáles son tus elementos para decidir esto que me estás diciendo aquí, para ver que recursos tiene, que fue lo que el estudio, para en base a eso decirle, enseñarle a razonar de manera lógica, los diferentes diagnósticos que pueden ser, que es lo que lo hace llevar a un diagnóstico correcto, es decir, en mi caso pasa que el estudiante pueda equivocarse sin miedo, que pueda equivocarse y que aprenda luego lo correcto y que no le vuelva a suceder eso de una manera tonta, pues, pero tratamos con el ejemplo, si lo hace correctamente, perfecto, si no lo hace correctamente, tratamos de enseñarle como es lo correcto de hacerlo, eso lo hacemos todas las veces, de manera inconsciente a veces.

**¿Cuáles son las estrategias que se emplean para abordar las dudas de los estudiantes?**

**Dte. :** Generalmente cuando un estudiante tiene dudas uno le pone, le indica algo paralelo que se parece al ejemplo que está refiriendo, estamos hablando del caso que estaba en la clase, de como el hemoperitoneo causa todos los cambios fisiológicos en el paciente que se opera, cuando el estudiante no lo recuerda, uno le pone un ejemplo o le pone otra cosa o trata de guiarlo o de seguirlo o lo retrocede y vuelve a preguntar sobre, es decir lo trata de llevar a la bulla, la respuesta, se le dan sugerencias, sugerencias, hasta que el da la respuesta correcta, por lo menos eso es lo que tratamos de hacer nosotros, cuando la persona, el estudiante no llega al punto de lo que queremos que entienda, entonces le ponemos diferentes tipos de ejemplo, para que al final él llegue a la conclusión de que esa respuesta es la correcta y por qué esa respuesta es la correcta, esa es la principal estrategia que utilizo yo en la enseñanza de los muchachos.

### **¿Cómo percibe que se comprueba si las dudas han sido totalmente esclarecidas?**

**Dte. :** Generalmente nosotros en Medicina tratamos de explicarnos los porque, porque ocurre una cosa tras otra, porque una cosa es consecuencia de la otra, si el estudiante una vez que llega a la respuesta correcta, la siguiente pregunta que hacemos es porque eso es correcto, cuando él me explica porque eso es correcto, entonces doy por entendido que ya comprendió la razón, que ya su duda queda esclarecida, porque él me contesto porque eso es correcto, es decir el porqué, como la espina de Ishikawa, porque, porque, porque, porque, entonces la raíz del problema cuando él hace ese trayecto llega a la raíz del problema responde todo eso, entonces nos aseguramos porque el ya comprendió, esclareció sus dudas

### **¿Cómo aborda con los estudiantes quejas o alguna situación problemática respecto al trabajo, tareas o funciones que deben cumplir?**

**Dte. :** Primero esclarecemos las funciones de los estudiantes, primero les decimos, usted aquí el hospital es responsable de hacer esto, y esto, y esto no puede hacer más que esto, porque no le compete, no se meta en problemas con esto porque sus funciones son esta, esta y esta, por ejemplo el estudiante siempre debe hacer las actividades supervisadas, siempre debe estar bajo supervisión, eh, nunca va hacer las cosas solo, al menos en el hospital, si hay un problema, entonces abordamos el problema, primero escuchamos su, lo que él, la causa que él considera que es el problema y puede ser por rendimiento académico por ejemplo, le preguntamos qué problema tiene, si tiene algún problema por el que no puede cumplir, por ejemplo a veces hay ausencia de literatura, no tiene libros, entonces le decimo bueno te puedes meter a internet tenes esta red, donde puedes revisar los temas así y así, otro es por cuestiones de carácter, cuestiones de comportamiento, ahí si lo llamamos, le decimos mira, en medicina las cosas son de esta manera y si no son de esta manera no te vas a graduar, si vos no haces lo que tenes que hacer, entonces no vas a graduarte, porque el arma fundamental que tenemos, porque el castigo más grande que podemos darte, es en tu nota y eso te va a doler más que cualquier otra cosa, tenes que entender que para poder progresar y para poder desarrollar tu trabajo y para poder lograr tu objetivo que es graduarte tenes que cumplir con lo que tenes que cumplir en el hospital de lo contrario no vas a obtener la nota que quieres, lo abordamos desde ese punto de vista y si es una cuestión de actitud, es más grave que una cuestión de omisión o de olvido, pero si es de comportamiento ahí tenemos que ser un poquito más fuerte porque ahí si le usted cumple o no se gradúa.

## Anexo Numero 7.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.**

### **ENTREVISTA CUALITATIVA LA AUTORIDAD ACADEMICA.**

**Ficha:** .....Dte. Número Correspondiente.....

#### **Participantes.**

Un docente de Cirugía General, un docente de Medicina Interna y los Coordinadores de las secciones de Cirugía General y Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN, Managua.

#### **Lugar y hora.**

Oficinas del Departamento Clínico. 02:00 pm.

Oficinas del Departamento de Ciencias Fisiológicas. 01:00 pm.

#### **Propósitos Específicos.**

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

#### **Metodología.**

La entrevista se aplicará por separado a cada uno de los participantes, con el objetivo de recopilar la información, se pedirá el consentimiento de los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica y cámara de video. Los cuales

permitirán recopilar la información de manera práctica y objetiva. Se les informara a los docentes sobre el objetivo del proceso de investigación.

Se harán las preguntas al docente con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

**Explique ¿Cómo se enseña a los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?**

**Dte. :** Definitivamente que en la sala de Medicina Interna en los hospitales es donde aplica, es donde se enseña, porque definitivamente en las conferencias de la UNAN Managua no se toma en cuenta, por lo menos en mis conferencias ya que se habla de aspectos meramente teóricos de la especialidad o del tema que estamos en cuestión, en este caso sería el mío, el de medicina interna, en el momento que uno le hace a los alumnos de cuarto año la introducción o la inducción en el cual se les dice que su horario de entrada es de las 07.00 AM hasta las 11:00 AM que los turnos van a ser una vez a la semana, entonces ahí se les plantea, ustedes, su médico, desde coordinador esta mi persona que soy la coordinadora de los estudiantes, están los profesores auxiliares que son dos, eso no significa que los médicos de base de la sala también tienen alguna, obviamente que tienen injerencia sobre ellos por así decirlo, aunque no sean profesores de la universidad, en este sentido al ser asignado en la mañana en una sala y usted va a participar en un pase de visita y va a contestar las preguntas que le asignen independientemente que sea o no sea un profesor de la universidad por así decirlo y a la hora de la evaluación esta un acápite en el cual se dice participación, rotación o presentación de caso en el cual el medico de base pudiera poner la nota.

Ahora ya en el caso de la jerarquía propiamente dicho, hablamos de los Médicos de base, Residente de tercer año, segundo año, primer año se ve un poco más en los turnos, donde ellos aprenden a saber, porque siempre le decimos en los turnos, diríjase al residente de mayor jerarquía, que en este caso sería el R3 se presentan, nosotros somos los estudiantes que estamos de turno el día de hoy, vamos a quedar a cargo y ellos les pueden decir a ustedes que si preguntan vamos a quedar solo en la sala?, no perfectamente si el residente de tercer año o el jefe de hospital que en este caso es el director les puede decir usted lo necesitamos pues, hay ahorita un código rojo en el hospital, necesitamos que todos lleguen a emergencia o bien hay un paciente grave y no tenemos ventilador, entonces bien, todos ellos van a participar de un rol de ambo, entonces todo eso tiene que ir dentro de la jerarquía, siempre le decimos avocase con el residente de mayor jerarquía él es el que le va a firmar el turno, él es el que le va a decir dónde va usted a rotar y después si en ese caso no está el R3, entonces el R2, casi nunca pues quedamos en que ellos quedan con el interno hace esto o no, porque la verdad es que puede haber choque de funciones.

**¿Cuál es la forma de enseñanza de la importancia que debe tener para los estudiantes la organización jerárquica de la sala, servicio y rotación respecto a las funciones que competen a cada uno de estos puestos?**

**Dte :** Definitivamente no es algo que se enseña en la universidad, no es algo que se da en tema igual como lo había hecho notar en la primera pregunta, eh, tampoco se habla de la importancia en sí, no se explica, se da por entendido que el estudiante en si tenga que saber cuál es, creo que uno piensa que es algo que va inherente en el conocer del estudiante, porque por ejemplo desde que ellos están en tercer año haciendo semiología, ellos ya saben, el primer contacto que tienen con los pacientes, con el hospital en sí, las salas de semiología de tercer año, ellos comienzan a ver quién es el interno, quien es el medico de base, quien es el que manda, quien es el r de mayor jerarquía, incluso ellos comienzan a perfilarse mentalmente y decir yo quiero ser cirujano, yo quiero ser internista, yo quiero ser de emergencia, porque me gusta, entonces obviamente que si es importantísimo, pero realmente no es algo que enseñemos así, pero yo creo que ellos es algo que entienden subjetivamente, que el orden jerárquico y la importancia que hay, porque si no, se ha visto a veces en los turnos cuando a veces hay choques, que el R3 los manda a traer a algún lado y después el interno, el R2, entonces a veces ellos se encuentran entre dos, pero ellos saben que yo les he plasmado que el profesor les dijo avóquense con el R de mayor jerarquía, el R3 o el Medico de base.

**¿Cómo se aborda el error que pueda cometer un estudiante durante un pase de visita al presentar un caso clínico o realizar un examen clínico a un paciente o pacientes?**

**Dte. :** Bueno en mi hospital, que es donde yo puedo hablar de la experiencia que tenemos nosotros, en general al alumno se le consigna un caso específico para que lo presente en el pase de visita, si en el momento de presentar el caso, el paciente llega a tener algún error de en la historia clínica o algo, al simplemente lo que se le hace es la corrección en ese caso y pasa al siguiente nivel, se le pregunta a los otros estudiantes, que sea del caso o de lo que estaba hablando el o sino el interno o el R1, en ningún momento en el Hospital se ha maltratado, burlado o lo tratan de manera incorrecta ni con falta de ética porque sabemos perfectamente que los estudiantes están en proceso de formación y que ellos no tienen ninguna obligación en saberse de memoria todos los pacientes, ellos son, como repito en proceso de formación, ahí nadie tiene ni la calidad ni la autoridad ni nada, para hacer un llamado de atención que pueda ofenderle, generalmente lo que se hace es decirle esa historia le hace falta algo, enseña, mira, se llama al interno o al R1 o al responsable de la sala, podrías contar bien la historia? ¿Cómo fue?, yo lo palpe, por lo menos en Medicina Interna, verdad, yo no puedo hablar como seria en cirugía, en ginecología o en lo otro, pero en Medicina Interna no se da ese caso.

**¿Cuáles son las estrategias que se emplean para abordar las dudas de los estudiantes?**

**Dte.:** Bueno, en el, cuando se dan las conferencias, en la universidad, siempre hay una parte de preguntas y respuestas, en el cual se les solicita a ellos que si tienen alguna duda, que pregunten. En el pase de visita, generalmente a ellos, por cierto temor no lo abordan tanto, pero posteriormente nosotros siempre les decimos a ellos, los profesores de la universidad, pregunten, si tienen alguna duda, pregunten, si no lo pueden abordar con su médico de base,

de la sala, pues que nos pregunten a nosotros, es en los seminarios donde se da más eso, es en un lugar cerrado, un poco más íntimo, ya sea en la biblioteca, en un aula, entonces estamos todos los estudiantes que están rotando en el hospital, entonces se aborda un tema específico, entonces ellos presentan, es ahí, donde nos tienen un poco más de confianza y nos abordan, tal vez no necesariamente el tema, tal vez estamos hablando de asma y de repente tal vez ellos tienen alguna duda con un paciente o algo y ahí no más ellos hacen de ver alguna dificultad que tuvieron en el turno, alguna inquietud que tuvieron con un pase de visita, aunque no sea el mismo paciente o algo, entonces de alguna manera en los seminarios se da más eso, pero también inmediatamente en los pases de visita, se abordan y se tratan de resolver en lo inmediato, si hay algún problema, siempre se trata de resolver en lo inmediato.

### **¿Cómo percibe que se comprueba si las dudas han sido totalmente esclarecidas?**

**Dte. :** Bueno, como es una cuestión de percepción, yo creo que ellos tienen la confianza de hacernos la pregunta tanto a sus profesores principales como a sus profesores auxiliares de medicina interna y ellos perfectamente van y hacen la pregunta y si el profesor percibe que tal vez no quedo cien por ciento, los instamos y les decimos vayan al libro, vayan a leer el artículo tal y después platicamos del caso, alguien que hace mucho eso, es uno de los profesores acá, que es el profesor “X” el muchas veces les dice “a ver no se queden con la duda” “vayan al libro” “yo vengo en 10 minutos” “o vayan a buscar tal artículo” búsqüenlo, el artículo tal, lo leen y ya regreso, entonces ya después el regresa y les dice “aja que leyeron?” y de esa manera se ve pues que inmediatamente la cuestión de la enseñanza, cuando es una pregunta de un poquito de jerarquía, o de una duda de algún paciente, que como era la historia, que como que no lo entendieron bien, también se les hace la aclaración, creemos que en ese sentido ellos tienen la confianza para decir, no quede muy claro o si, ya.

### **¿Cómo aborda con los estudiantes quejas o alguna situación problemática respecto al trabajo, tareas o funciones que deben cumplir?**

**Dte. :** Bueno con respecto a esa pregunta, como yo tengo muchos años de estar en esto, ya he recibido de todo, desde quejas mínimas hasta mayores pero en general de lo que se trata es no de ser paternalista con los estudiantes, pero sí que sientan que tienen a alguien que pueda responder por ellos, que ellos que a pesar de que son estudiantes, tienen deberes, pero también tienen derechos, en general en Medicina Interna, aun el jefe de servicio, no se mete mucho con ellos, en el sentido de voy a mandarlos, siempre se avoca con el coordinador, mire necesito que los muchachos me cooperen y me hagan un mural por el coronavirus, por ejemplo, no les dice a ellos directamente, sino que me dice a mí para que yo los aborde a ellos en ese sentido pues hay un respeto; pero hablando específicamente de quejas de ellos si se ha dado la situación de que por algún motivo especial, algún rechazo o sienten de que no están bien abordados en alguna sala, nosotros hemos tomado la decisión de que el colectivo docente tanto yo como los otros profesores, de retirarlos de una sala que ellos sientan o perciban, nosotros hacemos la averiguación, de que tal vez ha habido roces o alguna cosa confrontativa, entonces como son cinco salas en medicina interna, se redistribuyen los grupos y simplemente no participan si hubiera algún médico de base que, nosotros eso hacemos, los retiramos, sin darles ninguna explicación, tampoco les vamos a decir, en vista de las quejas

que ustedes levantaron, no, simplemente a partir del lunes los vamos a reubicar y van a estar en tal y tal lado, si es que hubiera algo mayor, ellos siempre tienen, ellos sienten la protección de nosotros como profesores y que tengan la confianza de abordarnos cualquier duda, siempre se hace un abordaje, no se deja a la ligera, ni pienses algo solo del estudiante, sino que hacemos la averiguación y si nosotros consideramos que de alguna manera ellos van a estar desprotegidos en algún momento, hacemos el retiro y los redistribuimos y no hay ningún problema.



## Anexo Numero 8.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.**

### **GRUPO FOCAL DE ESTUDIANTES.**

**Ficha .....D Número correspondiente.....**

#### **Participantes.**

Se desarrollará un grupo focal con 9 estudiantes que cursan la asignatura de Medicina Interna y Cirugía General, en el primer y segundo semestre de 2019 las actividades prácticas las desarrollaban en horario de 07:00 am a 11:00 am en el Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez y las actividades teóricas de 12:00 MD. a 01:00 pm en el Recinto Universitario Rubén Darío.

#### **Lugar y hora.**

Aula 6609, jueves de 02:00 a 03:30 pm

Aula 6608, jueves de 02:00 a 03:00 pm

#### **Propósitos Específicos.**

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

#### **Metodología.**

Cada grupo focal se desarrollará por separado. Se les informara a los estudiantes sobre el objetivo de proceso de investigación.

Para recopilar la información se solicitará consentimiento a los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica o cámara de video, los cuales permitirán compilar la información de manera más objetiva.

Se harán preguntas a los estudiantes con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

#### **A) La experiencia en cuanto a la violencia interna hegemónica física en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Narre:

- **Las situaciones que usted considera como desagradables o excesivas desarrolladas hacia usted durante sus rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

**D:** En los turnos, había una R3 en el cual este, nos hacía que hiciéramos trabajos que a ella le tocaban en el día y nos dejaba hasta el final que le hiciéramos todo, y algo que nos decía siempre es que nos amenazaba que, si no lo hacíamos todo, eso que quedaba pendiente no nos firmaba la hoja de turno y también que nos iba amenazar con el jefe de cirugía que estaba ahí

#### **B) El significado en cuanto a la violencia interna hegemónica psicológica en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Explique:

- **¿Cómo se organiza la vida medica dentro de los hospitales?, ¿Cómo es la cadena de poder o mando que existe dentro de la vida medica? ¿Cuáles son sus funciones y privilegios que existen asociados a esta organización?**

**D:** Bueno, como tenemos en el Manolo ahí hay Médicos de Base por cada área cirugía e Interna y los residentes de R1 a R4 en cirugía y Medicina de R1a R3, entre los privilegios que tienen los médicos de base pues es que en los turnos puede ser que lleguen, dejen encargado a un R3 en Medicina Interna o al R4 de cirugía, pero no puedo decir que son todos hay sus excepciones de que hay médicos de base que en sus turnos trabajan, están pendientes de cualquier cosa, si hay un caso grave ellos van a ver y no lo pueden manejar los R, ya, no son todos, hay sus excepciones.

Con respecto a de R1 a R3, los R3 y los R2 principalmente se aprovechan de los R1 de su trabajo por cualquier cosa leve que hagan los R1 que no esté bien, ellos aprovechan, es posible que hasta los dejen castigados turnos seguidos haciendo, entonces es como una explotación, pero lo que veo es también como una cadena, porque los R2 y los R3 nos decían a veces que ellos eran así, como R1 los trataban así, que iban a cambiar, pero al final no

cambia esto, los R1 siempre van a seguir siendo así y a nosotros nos puede afectar en el sentido que su trabajo de los R1 también vamos nosotros, debido a que para salir ellos, nos ocupan, ya en ese punto, pues.

Narre:

- **¿Cuál es la importancia para usted que se enseñe y se practique este tipo de organización?**

**D:** Bueno, desde mi punto de vista lo que veo es que al seguir este, este mismo ritmo de sobretrabajo a los de abajo, a los R1 principalmente, también puedo decir que los R2 y los R3 caminan con trabajo, a pesar de que es menor, esto lo que ocasiona más bien es que los residentes se estresen, anden estresados, peor en los turnos y uno al andar estresado no va andar bien, al 100, al no trabajar uno, no va atender bien a las personas, los puede atender de otra forma, entonces al cambiar esto, disminuirá este estrés en el hospital.

- **¿Qué sucede si durante un pase de visita no tenía o no podía tener la respuesta?**

**D:** Bueno aquí hay dos casos, uno el caso de Medicina Interna y el otro de cirugía, en el caso de Medicina Interna era los pases teníamos dos grupos, había dos claves y siempre las unían, entonces el docente digamos que cuando uno no respondía, lo que yo veía es que su respuesta era para mí era como un sarcasmo, como nos respondía si nosotros no podíamos contestar algo, como diciéndonos que hacemos aquí, “si quieren me voy y cierro la sala” y no vuelven nunca o que hacemos? Así era la forma de responder el por algo que tal vez no estaba a nuestro alcance este responderlo.

Este en cirugía más que todo eran como, habían como digamos, puedo decir que el docente tenía como varias personalidades una con nosotros, una con los pacientes y una dando clases aquí en la Facultad, porque estando en la Facultad era diferente, para mí era uno de los mejores que daba clase y entendía uno de una manera fácil, pero ya en el hospital era muy diferente cuando hacia los pases que era, que si no contestabas algo decía “que no sabíamos nada, que eso ya lo teníamos que haber visto antes, sabiendo que no se ha visto todavía en la conferencia, nos daba a leer exámenes que aquí nunca nos enseñaron y usaba a veces palabras como “puta, no saben nada”, “devuélvanse mejor” o “¿Quieren que yo me vaya y ahí se quedan ustedes?”, entonces en ese aspecto, pero un aspecto positivo es que fue en cirugía en donde más aprendí a pesar del trato que el tenía.

- **¿En las clases teóricas recibidas en la universidad se habla del sistema organizacional que rige en los hospitales?**

**D:** En ningún momento se nos comunica que como es la organización hospitalaria, nosotros cuando llegamos nos dan una media explicación el tutor que está encargado del bloque y nosotros nos vamos dando cuenta de lo que nos dicen, en los turnos, en el día a día, además tenemos experiencia de los años superiores de cómo les va, de cómo está todo, en que podemos mejorar, en donde no podemos faltar, específicamente eso.

### **C) El juicio en cuanto a la violencia interna hegemónica simbólica en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Narre lo siguiente:

- **¿En cuanto a la toma de decisiones grupales del trabajo colaborativo consideran ejemplares los modelos desarrollados en los servicios que usted roto? ¿Por qué?**

**D:** Yo lo veo desde más un punto académico, porque cada vez que vamos a un servicio se da una explicación de cómo son las evaluaciones principalmente se enfocan, los pases de visita, los seminarios, eh, cuanto, la cantidad de puntos que se evalúan, pero ya en un sentido práctico digamos como vamos hacer las cosas, eso ya nos corresponde a nosotros principalmente, nos toca por nuestra cuenta aprender hacer papeles, sacar muestra, cualquier problema nosotros tenemos que andar pidiendo ayuda a los residentes por cualquier cosa, este desde mi punto de vista yo lo veo más evaluativo.

- **¿La adulación forma parte o acompaña al poder, a la jerarquía dentro de los estratos en el campo medico? ¿Cómo se muestran estos elementos en las clases teóricas impartidas en la universidad?**

**D:** Bueno, esto es algo que ha sido toda la vida, casi, podemos decir, esta pelea principalmente entre los internistas y los cirujanos, quien es el que sabe más, el que gana más, este, esto se nota en el sentido de que el Cirujano, como es el que opera, es el que puede salvar vidas en un minuto, un ejemplo y se lo toma diciendo que son mejores en ese sentido, de una experiencia que tuve fue de un doctor en cirugía, como el me invito a una que le llamaban pues convención medica que se da cada año, yo fui y como habían varias áreas pediatría, gineco, interna y habían varios temas pues, abordaban un tema por cierto tiempo y algo es que no eran a la misma hora y habían buenos temas de cirugía, pero también buenos temas de interna, yo entraba a la mayoría de interna, menos a los de cirugía y él había estado allí, entonces en un seminario que estábamos el me pregunto: ¿Qué porque no me había visto?, algo así, y entonces que si había ido pero fui a medicina interna a ver otros temas y fue ahí donde me dijo que yo sería pastillero en el futuro y así es como se aprende esto.

### **D) Interpretar la representación en cuanto al Currículo oculto**

Narre:

- **¿Cuáles son los rituales y procesos y por qué deben aprenderse para tener éxito en el hospital? ¿Cómo se abordan estos procesos en las clases y actividades teóricas desarrolladas en la universidad?**

**D:** Bueno, esto, va a depender de uno mismo y del médico que este encargado sea médico residente podemos decirlo, porque nosotros caminamos siempre con los residentes en los turnos más que todo y en la sala, eh, en clase no se imparten esto de enseñarnos hacer recetas, los papeles, este, poner sondas, la gasometría, uno va aprendiendo ya estando en el hospital, por lo menos como experiencia en mi primer turno, eh, nuestro R1, que siempre andamos

con los R1 en los turnos en la mayoría de los casos, el R1 nos mandó a sacar muestra y nosotros pues estábamos apenados, nunca habíamos sacado muestras, sino en la práctica que hicimos en primer año, entonces, fue probando con cada uno de nosotros que sacáramos muestra los pendientes, estando el presente, en otro turno conmigo eh, había que poner una sonda nasogástrica y el pidió que quien lo iba hacer, le dije yo, pero me podría enseñar, el cordialmente nos enseñó, como era teóricamente que se podía hacer y de ahí ya podía hacerlo, por eso digo que va a depender tanto de nosotros como de quien este en el hospital, porque algunos creen que si podes y si no podes mandan a otro y no te enseñan, mientras que hay algunos que si te quieren enseñar para que vos no tengas problemas más adelante.

### **E) Apoyo brindado a los estudiantes en cuanto a la violencia interna hegemónica.**

Narre:

- Ante situaciones que ustedes encontraran desfavorables ¿Qué acciones emprendían?  
¿Cuál ha sido el papel que la universidad ha mostrado ante este tipo de situaciones?

**D:**Es muy buena la formación en el hospital, pero fuera muchísimo mejor si cada uno de los componentes del sistema hablo de docentes en la universidad, docentes en la salas del hospital, los médicos de base del hospital, inclusive que se incluyeran a los residentes, que se incluyeran todo este número de personas que son súper importantes en la formación de nosotros como estudiantes y hago mención de esto porque el cuarto año de los dos bloques de medicina y cirugía son súper importantísimos en la formación de un medico

- ¿Es necesario expresar su descontento ante este tipo de situaciones o pueden ser catalogados como problemáticos?

**D:**Pero con respecto a las situaciones nosotros evitamos de una u otra manera, repeler esas situaciones, teníamos situaciones incómodas, pero muchas veces estuvimos en esas situaciones y yo apuesto, muchas veces nos quedamos callado, porque tememos repercusiones, repercusiones dentro del ámbito académico o nuestra imagen porque podemos ser catalogados por otros docentes ese chavaló es muy problemático, reclama por todo, reclama por esto, reclama por lo otro, no está conforme con nada, o sea es muy fácil estar inconforme en el hospital, por muchísimas cosas creo, pero te acostumbras porque es el sistema, entonces ni modo te toca adaptarte a ese sistema y pues lo tenes que hacer y al fin y al cabo vas por aprender y tratar de aprender todo lo que se pueda, pero vamos a que sus muy susceptible a tener problemas a que muchas cosas no te gusten

- ¿Consideran necesario que se presenten este tipo de situaciones para formar el carácter que todo médico debe tener

**D:** Yo pienso que deberíamos de ser mejor de lo que somos y esto va a comenzar mejorando esta parte que es muy importante en este estudio, mostrarnos también a nosotros que somos capaces de dar una función aparte de formativa, asistencial en los pacientes, que podemos abordar ciertas cosas con claridad y con seguridad en los pacientes y bueno creo que nos ha faltado eso, darnos un lugar dentro del sistema de salud, no sé si solamente funciona en el hospital así o funciona en el resto de los hospitales, no lo es la verdad, no se estará equivocado, pero si es un punto a mejorar, un punto súper importante, mejorar también una recomendación para el hospital, mejorar, el hecho de mejorar el equilibrio que debe existir entre la docencia y lo laboral, porque es mucho el trabajo en el hospital, muy poca docencia, mucho trabajo, mucha práctica, eso es bueno, pero donde queda la docencia, hay que complementar todo y es mucho trabajo, tanto que otros compañeros de otros hospitales, nos hacían referencia que ni locos se irían al Manolo, pues por esa situación, que es muy buen hospital, pero que no pasarían, porque es mucho trabajo, y creo que hubieron algunos compañeros que se cruzaron a otro hospital en el segundo semestre, otros fueron al Manolo en el segundo semestre, para su bloque de Medicina Interna, porque es algo excepcional, inigualable en el Manolo, eh, pero si mucho trabajo y creo que es un lugar, porque creo que es un lugar que nosotros merecemos dentro del sistema y lo digo porque en momentos de epidemia, en momentos de crisis o de situaciones o de contextos epidemiológicos complicados, nosotros siempre ahí estamos y cumplimos una labor súper importantísima en el desempeño del hospital, como lo fue el año pasado, en el segundo semestre, cuando sufrimos un brote de dengue bárbaro, quienes estaban ahí de primero, quienes estaban desempeñando ese gran trabajo que de otra manera les hubiera costado muchísimo poder cubrir, eh a todos esos pacientes en el hospital, estábamos nosotros los estudiantes y creo que alguna situación pues en particular, pero en lo general, creo que hemos estado en muchas otras situaciones que creo que nos hacen merecedores de un poco de estima, de respeto, de más consideración, pues, no hablo de consideración con el trabajo, pues no importa, pero que nos enseñen más, médicos de base estando siempre, enseñando a los muchachos, haciendo cada día que aprendan algo nuevo, algo mejor, no solamente ocuparnos de empleados, que vayamos hacer las curaciones, hagan evoluciones y se van, así se aprende, haciendo se aprende y estudiando se aprende, también, entonces me queda nada más que decir eso.

## Anexo Numero 9.



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN - MANAGUA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

### Maestría en Pedagogía con Mención en Docencia Universitaria IX Edición. Edición 2015-2017.

#### GRUPO FOCAL DE ESTUDIANTES.

Ficha .....D Número Correspondiente.....

#### Participantes.

Se desarrollará un grupo focal con 9 estudiantes que cursan la asignatura de Medicina Interna y Cirugía General, en el primer y segundo semestre de 2019 las actividades prácticas las desarrollaban en horario de 07:00 am a 11:00 am en el Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez y las actividades teóricas de 12:00 MD. a 01:00 pm en el Recinto Universitario Rubén Darío.

#### Lugar y hora.

Aula 6609, jueves de 02:00 a 03:30 pm

Aula 6608, jueves de 02:00 a 03:00 pm

#### Propósitos Específicos.

1.Describir:

- a. La experiencia de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica física.
- b. El significado que los estudiantes tienen en cuanto a violencia interna hegemónica psicológica.
- c. El juicio de los estudiantes en cuanto a violencia interna hegemónica simbólica.

2. Interpretar la representación del currículo oculto por los estudiantes durante su formación académica.

3. Dilucidar el apoyo brindado a los estudiantes contra la violencia interna hegemónica durante su formación académica.

#### Metodología.

Cada grupo focal se desarrollará por separado. Se les informara a los estudiantes sobre el objetivo de proceso de investigación.

Para recopilar la información se solicitará consentimiento a los entrevistados para hacer uso de los siguientes recursos: grabadora, cámara fotográfica o cámara de video, los cuales permitirán compilar la información de manera más objetiva.

Se harán preguntas a los estudiantes con el objetivo de responder las interrogantes de las líneas de conversación propuestas en el presente instrumento y para ello se podrán programar varias sesiones de trabajo.

### **1. Líneas de conversación:**

#### **A) La experiencia en cuanto a la violencia interna hegemónica física en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Narre:

- **Las situaciones que usted considera como desagradables o excesivas desarrolladas hacia usted durante sus rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

**D:** Mi experiencia se basa en Medicina Interna desde los primeros turnos, en el cual mi clave constaba en ese momento de mayoría de mujeres y era bastante evidente, la carga de trabajo que nos dejaban a un compañero y yo más que todo, de los 17, 16 turnos que hicimos en la rotación, aproximadamente 14 turnos, los hice en el área de choque, que es cuando el hospital contaba con la Emergencia vieja y se notaba la demanda de pacientes durante los turnos y era desagradable en los mismos cuando yo quizás me iba por la sala y encontraba a los residentes simplemente en platica con mis compañeras, era desagradable en el sentido que se tuvo que hacer en uno de los turnos que el R3 se paró, es decir distancio a compañeras de mi clave de un R2 que siempre las solicitaba para que se quedaran con él, eh, bueno y

con respecto cirugía, la rotación de cirugía, la carga laboral, era en prácticas palabras, los residentes nos ocupaban siempre para hacer lo que ellos sentían que no ocupaban su tiempo, más que todo, siempre que se va hacer cura, es obligatorio la presencia de un R1, por lo menos de cirugía, que haya presencia de un personal de enfermería y un interno, en el caso, cuando nosotros vamos a curar en el hospital, únicamente, vamos los pre internos y muchas veces ocurrió que la supervisión de epidemiología del hospital, una vez incluso hasta nos tomaron fotos haciendo constar que no contábamos con los medios de protección siquiera porque los residentes no les interesaba siquiera dar instrucciones de las curaciones y a como decían también no sabíamos que pacientes eran altamente contagiosos y que otros no

Agregando hubo una situación la verdad aparte de incomoda, desagradable, penosa el hecho que como estudiantes yo tuve que ir a reclamar una nota por el simple hecho de considerarla injusta, porque existía simplemente preferencia y fue tuve que irlo hablar con el subdirector docente del hospital, porque eran rangos o intervalos de nota demasiados distantes, la nota de mis compañeros con respecto a la mía y tuve que hablarlo con él y él lo que me pudo decir fue que si yo tenía razón y que incluso me cambiaba la nota, que fue uno de los momentos más incomodos que he tenido que pasar y creo que el único con respecto a esos temas de notas porque nunca me había tocado decir que yo merecía tal nota, porque he considerado



que los docentes siempre han de alguna manera pues he dado alguna nota que nos corresponde a cada quien, en dependencia del desempeño tanto académico como mucho casos laboral que tenemos que cumplir.

## **B) El significado en cuanto a la violencia interna hegemónica psicológica en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Explique:

- **¿Cómo se organiza la vida medica dentro de los hospitales?, ¿Cómo es la cadena de poder o mando que existe dentro de la vida medica? ¿Cuáles son sus funciones y privilegios que existen asociados a esta organización?**

**D:** Con respecto a la pregunta 2, creo que ya hemos quedado bastante claro de lo que la cadena de poder nos ha dejado, una jerarquía bastante fija en todo el sistema de salud, como ya lo decía estamos desde Medico de Base, Residentes, Interno, Pre interno en el caso del Manolo únicamente Médicos de Base, Residentes y Pre internos, creo que no basta decir de manera implícita que muchos de los beneficios superficialmente de los que cuentan los Médicos de Base, incluso yo tengo que decir que dentro de ellos, no existe en la mayoría y creo que un 50% de los Médicos de Base que tienen que acompañar los turnos no están presentes, además de que delegan responsabilidad, dejando incluso hasta el sello propio a residentes inferior, con tal de que ellos cumplan la responsabilidad del Médico de Base.

Veo que también en muchos casos nos ha tocado compadecernos de algún residente y de esta manera es donde nosotros sufrimos el peso de la jerarquía considero porque todo el trabajo que los Médicos de Base o R mayores creen que ya en su nivel no deben hacer en el Hospital lo delegan hacia los R inferiores y creo que en muchas de las ocasiones que ha pasado eso, por no decir que es el vivir del hospital, nos toca a nosotros cumplir con el R1 y esto nos lleva a recibir un trato bastante o sea desigual en los turnos, hasta decir que a veces un trato ciertamente y de manera indirecta hacia nosotros.

Muchas veces paso en el Servicio de Medicina Interna es los casos de los famosos ambú, que son muy sonados en el resto de los hospitales, hablan bastante del Manolo, la mayoría del tiempo somos, por no decir que la mayoría del tiempo somos en los turnos cumplimos el rol de ambú, es por decirlo así, es como ver cruzar un cometa cada 71 años, ver a un residente, un R3, yo creo que nunca ninguno de nosotros ha logrado ver a un médico de base dar ambú o por lo menos interesarse por algo así y las anécdotas que nos han tocado, eh cabe mencionar pues de que dentro de las anécdotas caben cosas positivas, como el hecho de que algunos residentes sean bastante considerados con nosotros en la distribución del trabajo de ellos con la de nosotros y pues creo que más que todo, esa es la relación que hemos tenido con respecto a la cadena de poder que existe en el hospital, los beneficios como ya decíamos desde el que tiene mayor jerarquía el que está en la parte más alta de la pirámide tiene muchos más beneficios que el que esta abajo como el R1 o nosotros, desde que se van acostar algunos

desde las 09 o 10 de la noche no llegan hacer nada más al turno y pues las funciones creo que de todo y se toca limpiar, pues toca, hasta eso y pues eso es todo en la organización.

Narre:

- **¿Cuál es la importancia para usted que se enseñe y se practique este tipo de organización?**

**D:** Considero que este tipo de organización más que un ejemplo a seguir nos deja cosas a no hacer en un futuro cuando nosotros nos encontremos o nos posicionemos en una mejor jerarquía, porque estamos claros que va a llevar mucho tiempo que este tipo de organización cambie. Eh, debe ser mucho más compartido el trabajo del hospital desde el medico de base que hoy en día cree que no tiene ninguna otra obligación más que cumplir su responsabilidad durante el día eh y dar un acompañamiento permanente y durante todo el tiempo y cumplir con uno de los cinco objetivos que al final como médicos egresados cumplimos el objetivo de educar, de enseñar, que es una de las funciones principales del médico y o sea la educación no va a mejorar con este sistema organizativo, porque en pocas palabras al hospital vamos a depender únicamente de lo que estudiamos nosotros mismos y no nos deja ninguna a lo podamos crear como experiencia también y no una cadena, no de poder, sino de enseñanza, no nos deja ninguna de las cosas que debamos hacer en un futuro.

- **¿Qué sucede si durante un pase de visita no tenía o no podía tener la respuesta?**

**D:** Bueno, en todo caso cuando no lograba tener la respuesta en un pase de visita, dependía de muchos factores, dependía del médico de base que estuviera realizando la visita, como ya una vez me paso en cirugía, me acuerdo que estábamos en sala de varones, estaba un cirujano de tórax y pues no sabíamos las respuestas, pero él las completaba, las respuestas, a como en la rotación de emergencia en cirugía pues que debíamos saber cualquier cosa por muy básica o muy técnica que fuera, dentro de esa rotación era una cosa de todos los días que por cualquier cosa éramos regañados, nos hacía sentir de cierta manera inferiores y hasta no saber en pocas palabras, los tratos estos consistían en siempre hacernos sentir inferiores y bastante retrasados como por ejemplo mencionar nuestros nombres y “¡Como jodido no vas a saber eso!” “¡Como carajos no vas a saber eso!” “¡Eso hasta mi hijo de primaria!” “Eso lo puede hacer hasta un niño de preescolar” y muchas veces un estado de desesperación por parte del médico de base, mostrándose desesperado, agarrándose la cara o lo poco de pelo que tenía para mostrar su desesperación y su inconformidad con la falta de conocimientos que para el nosotros teníamos.

Bueno en otro de los casos en una rotación que duramos seis semanas en el Bloque de Medicina Interna, eso de no saber al menos una respuesta del pase de visita que correspondía se suspendía completamente el pase o se continuaba con otro compañero nuestro que sí, el pase de él, pero el pase que le correspondía a cada uno quedaba cancelado, para seguirlo otro día y siempre con tratos como bastante burlescos típicos de algunos doctores, siempre con el objetivo de hacernos sentir que el cupo que nosotros estaba siendo bastante desperdiciado con nosotros en la mayoría de las veces, cabe mencionar pues de que había con otros doctores, con otros médicos de base que los pases de visita era muy pero muy productivos, muy

provechosos porque se mostraba la calidad humana que incluso mostraban con los pacientes y en alguno era la acción tanto de un trato tan humanístico, así como de un trato bastante grosero con nosotros y eso nos marca definitivamente a los médicos a ellos, simplemente que nosotros estamos, eh, tenemos un en la organización médica, un estereotipo de buen médico que técnicamente y que a veces humanísticamente no lo es, incluso con los compañeros o alumnos del mismo hospital.

Bueno recuerdo una anécdota del primer día, también eso depende del día de la rotación, el primer día de Medicina Interna con una docente, con un docente ocurre que simplemente al mínimo dato de filiación de un paciente que hubiera una duda o que a ella le cupiera una duda quedaba cancelado el pase de visita tuya, decía “sigamos” para que siguieran con la próxima paciente, eso solo fue el primer día, de ahí fue mejorando drásticamente, hasta mejorar muchísimo y la relación con nosotros.

➤ **¿En las clases teóricas recibidas en la universidad se habla del sistema organizacional que rige en los hospitales?**

**D:** No, no se habla del sistema organizacional, al menos en el Hospital Escuela Roberto Calderón Gutiérrez no nos hablaron de eso, ni siquiera de manera verbal, únicamente haciendo la excepción de que en el servicio de ortopedia si es un poco organizado en ese sentido, siempre nos asignaron un residente o dos residentes a cargo desde el primer día y una sala, eh, por la misma jerarquía nunca se sabe por los médicos de base, quien está al mando de él, en la cadena, nunca se sabe a veces y siempre en los turnos, no tenemos un equipo de trabajo fijo y era un gran inconveniente porque siempre teníamos que hacer todo o toda asignación que estuviera pendiente incluso aunque no nos dijeran a veces, nunca nos dijeron que íbamos a estar acompañados por residentes, por internos, ni por alguien más, incluso por las otras universidades que llegan

**C) El juicio en cuanto a la violencia interna hegemónica simbólica en las rotaciones de Medicina Interna y Cirugía General.**

Narre lo siguiente:

➤ **¿En cuanto a la toma de decisiones grupales del trabajo colaborativo consideran ejemplares los modelos desarrollados en los servicios que usted roto? ¿Por qué?**

**D:** Considero ejemplares hasta cierto punto algunos servicios y en su mayoría el resto de servicios para nada ejemplares, creo que esto tiene que ver con muchos factores, el deseo de los médicos, de mucho de los residentes es atender con calidad, atender bien a los pacientes, pero creo que no es posible por muchos factores, en muchos servicios por la demanda, creo que para que un servicio en el hospital Manolo para que preste un servicio con calidad y por tanto ejemplar depende mucho de la demanda que tenga, considero que ese de ortopedia hay una diferencia abismal que tiene ese servicio en comparación con Medicina Interna, yo entiendo y conozco a muchos residentes de medicina que por mucho que ellos quisieran hacer un excelente trabajo, tenían que hacer lo más rápido posible y por tanto eso disminuye la

calidad que puedan brindar en el servicio, con respecto y comparándolo con el servicio de ortopedia por ejemplo, lo que es una demanda mucho más pequeña, hay servicios en que si se nos hace saber que los pacientes son mucho más delicados y uno lo comprende y se emplean modelo no ejemplares pero por lo menos se pretende darle la mejor atención que se pueda a los pacientes.

➤ **¿La adulación forma parte o acompaña al poder, a la jerarquía dentro de los estratos en el campo médico? ¿Cómo se muestran estos elementos en las clases teóricas impartidas en la universidad?**

**D:** Bueno yo defino la respuesta a esta pregunta con dos términos: la rivalidad y el ego que existe dentro de las diferentes especialidades, eh bueno la rivalidad en el sentido de que creo que todas las especialidades luchan contra el resto siempre en el sentido de querer ser mejor o de al menos intentar o decir que son mejores que otras especialidades médico o quirúrgicas ya sea, haciendo énfasis en infravalorar las demás especialidades, menospreciar el trabajo de las otras diferentes especialidades y creo que los reyes del ego coincidimos con mucho es la especialidad de cirugía, eh, la especialidad de cirugía es caracterizada bastante, un distintivo bastante particular de esa especialidad en la que ellos se autoproclaman los que la saben todo, o que ellos creen saberlo todo, eso va desde el residente hasta el médico de base, e incluso el subespecialista.

Por una vez tuve la oportunidad de estar en una conferencia de un subespecialista, eh, de cirugía oncológica y el mismo tenía un ego hacia su énfasis que era cirugía, a diferencia de los médicos oncológicos que decía recuerdo sus diapositivas que decían que el 95% de los pacientes con enfermedades oncológicas tenían un tratamiento muy exitoso basado en la cirugía y no en la medicina oncológica, bueno que únicamente el 5% así le correspondía a los médicos, pero siempre ellos tenía que ver con el éxito de los tratamientos hacia los pacientes oncológicos y yo creo que lo que pasa es que no tratan siquiera de comprender lo fundamental que son las otras especialidades o al menos darle el mínimo de crédito a la especialidad, eh acerca del trabajo que hacen aunque ellos lo crean muy insignificante como el caso de los médicos internistas que es lo que creen los cirujanos que son únicamente “un médico general más, que no tienen la capacidad de resolver muchas cosas, son gente que gana, que es la especialidad peor pagada y aparte es la más matada, la más negreada, la de Medicina Interna.

La especialidad de Medicina Interna creo que abundan meme acerca de lo mismo, en sentido monetario yo creo que es bastante conflictuoso por así decirlo con otras especialidades, como radiología por ejemplo que por decirlo así es “chill”, se la llevan súper tranquilo, no se matan tanto, no tienen que ver mucho de manera directa con el paciente, eh, con respecto a medicina interna y vuelvo a recalcar lo de la demanda que tiene la población acerca de padecimientos que son resueltos por residentes de medicina interna en el hospital Manolo, porque es excesiva, es excesiva la demanda que tiene la población acerca de este servicio a diferencia de cirugía, cirugía creo que ocuparía el segundo lugar en demanda.

Pero siempre hablando de la adulación creo que los reyes del ego son los cirujanos, esto influye demasiado en la percepción que nosotros como estudiantes de medicina a una hora futura de nosotros tomar la decisión de estudiar una especialidad médica o quirúrgica tenemos una percepción de que los internistas es una especialidad botada, es ser un médico pastillero más, un camillero y eso influye de que a ciertos estudiantes no nos haya agradado tanto o tanto interés a cierto servicio que a otro.

#### **D) Interpretar la representación en cuanto al Currículo oculto**

Narre:

- **¿Cuáles son los rituales y procesos y por qué deben aprenderse para tener éxito en el hospital? ¿Cómo se abordan estos procesos en las clases y actividades teóricas desarrolladas en la universidad?**

**D:** Si con respecto a cómo tener éxito dentro de la práctica en el hospital, es una cuestión desconocida hasta llegar al hospital, creo que eso va a depender de cada estudiante, porque en lo personal yo pienso que tenemos que estar un paso delante de lo que nos pueden preguntar, en el procedimiento tal que hay que hacer, un ejemplo simple. Mis compañeros coincidirían que al momento de tomar muestras, hacer un EKG, uno lo hace de distinta manera, cada quien adopta la forma en que lo puede hacer más cómodo, más rápido, que puede ser más eficiente, la forma en que puede desgastar menos al paciente, en que puede tardar menos tiempo haciendo ese procedimiento, claro no son cosas que se enseñan en las clases teóricas de la facultad e incluso tampoco se enseñan en el hospital, ni incluso no se enseñan tampoco en el hospital, considero que, creo que es un punto bastante obviado en el currículo que se tiene actualmente porque son cosas básicas que creo que todo estudiante que llega a áreas clínicas debe tener una base de cómo hacer esos procedimientos por muy sencillos que sean, eh lo mismo pasa cuando hay colocación de sonda Foley, sonda nasogástrica, creo que cada uno de nosotros tiene una manera de hacerlo a la manera más rápida, a la brevedad posible, de la mejor manera, provocar menos daños al paciente, aunque siempre cabe mencionar va a haber uno u otro doctor de alguna manera cerca, no supervisando, pero si están cerca y ven que no es como la manera como ellos lo hacen lógicamente va a estar incorrecto para ellos creo que se debe de seguir una técnica exacta y al menos correcta del procedimiento cualquiera que se vaya hacer, creo que es una manera de que cada quien resuelva las cosas de diferentes formas, igual los médicos de base, cada quien hace el abordaje diferente a sus pacientes, los residentes igual, eh y nosotros por supuesto cada quien hace de manera diferente las cosas y creo que el éxito que nosotros hayamos tenido en primer año de áreas clínicas lo podemos definir de maneras muy distintas, porque yo en lo personal, mis objetivos de aprendizaje, mis otros compañeros igual, otros supongo que aprendieron mucho más, en dependencia de la dedicación que cada uno de nosotros le ponemos, el empeño que ponemos en el hospital, con los pacientes y bueno, creo que el éxito de un estudiante depende en un 90% de el mismo, de y utilizo este término “de la viveza” que tenga para desempeñarse en el Hospital porque creo que es una enseñanza para todos que no deben esperar que un médico de base o residente les digan que tienen que

estudiar o saber porque siempre tienen que ir un paso adelante, porque si nos atenemos a eso no va a ser significativo el aprendizaje que vamos a tener en el hospital.

Creo que todo lo que tiene que ver con respecto al éxito, creo que son retos los que se viven dentro del hospital, principalmente por la manera en que cada docente imparte o simplemente por la manera que tiene que ser docente, siempre fue un reto, ahora como están recortadas las semanas de rotación, a pasar hacer las cosas completamente diferentes en otra sala, creo que eso era retrogrado en ese sentido o al menos siempre se necesita de orientaciones al principio rotación o esquematizar la manera en que se hacen las cosas en determinada sala, eh, es lo que no paso en la rotación de hematoonco que en su totalidad dependíamos de presentar o hacer el pase de visita basados en experiencias previas de nuestros compañeros en la rotación anterior incluso cosas muy básicas, eh, no se habían enseñado. En la rotación de Medicina Interna creo que fue bastante organizada en el sentido de las evaluaciones siempre se explicó desde el principio igual que en cirugía, pero fue mucho más organizado, mucho más calendarizado, las semanas, los temas específicos, con la salvedad de que había un desorden completo con respecto a la correspondencia ya sea al tema del seminario que se iba hacer con respecto a la rotación en la que estábamos, no coincidía, en lo absoluto.

Las recomendaciones que nosotros haríamos sería ubicar los seminarios que tengan cierta relación con el momento, un ejemplo, si estamos en hemato, es muy importante al menos saber de qué tal vez el primer seminario sea de anemia por ejemplo, saber lo básico de transfusiones, saber a qué pacientes se le puede pasar tanto de paquete globular, tanto de unidades de plaquetas, plasma fresco, para que se utilizan, en que momento, en que circunstancias, en que condiciones o estado del paciente se pueden administrar estos componentes sanguíneos, lo que no paso, eh, o sea yo recuerdo una experiencia de hematoonco que había una mujer embarazada en hematoonco de mujeres y que bueno yo creo que la mayoría de tareas nos correspondía hacerlas, las transfusiones era una de las más tareas que teníamos, me correspondía a mí ir a solicitar plaquetas, me acuerdo que la mujer estaba en 14000 o 17000 de plaquetas, era una mujer embarazada, no había ningún residente ni nadie presente en la sala para hacerse cargo de esto y fue, bueno me encargue de ir a solicitar la sangre y por fortuna había un plasma fresco y se logró conseguir.

Hay otras situaciones que en su totalidad no se cuenta con ningún apoyo de los residentes como es hematoonco, ellos siempre están atendidos a que los pre internos, los esclavos, estemos haciendo todo lo que les corresponde a ellos hacer y creo que nosotros cumplimos actividades académicas ellos cumplen aparte de actividades académicas, actividades laborales de hospital, ellos tienen un compromiso aparte de académico completamente y meramente laboral para el ministerio de salud.

Con respecto a los pases de visita, creo que es algo fundamental en la formación de un estudiante pre interno, porque la practica hace al maestro, la practica te va enseñando que si te equivocas una vez, creo que la próxima vez que lo vayas hacer creo que vas a mejorar bastante, eh, porque sabes los errores que no debes cometer, sabes la manera que debes abordar los diferentes pacientes, ningún paciente es igual al otro y es algo que no se nos enseña, ni siquiera se nos da un va hacerse las cosas.

Por fortuna en el Hospital Manolo creo que el fuerte del Hospital Manolo Morales es el bloque de Medicina Interna, creo que es el más fuerte, creo que es donde más se aprende, incluso creo que muchos compañeros de otros hospitales lo han reconocido, que se aprende mucho de esta rotación, por no decir que se aprende muchísimo más que en el resto de hospitales, creo que ha sido bastante reconocida la rotación de medicina interna.

Es muy poca la docencia ya que los residentes son los que cumplen este papel tienen demasiado trabajo como para estar encargados de nosotros todo el tiempo y sin embargo creo que lo que hemos aprendido ahorita ha sido en base a lo que ellos nos transmiten en su mayoría.

Y con respecto al bloque de cirugía general en el hospital considero que hay grandes deficiencias muchísimo más que medicina interna, es mucho más desorganizado, no hablemos de seminario, no hablemos de turno, no hablemos de la distribución del trabajo, son cuestiones que están muy lejos, en cuanto organizadas, con respecto a los seminarios no hay una calendarización al menos insinuativa, de la cantidad de seminarios, de los contenidos de los seminarios, de otro tipo de temas que son muy importantes para la formación de un médico general, creo que dentro de la rotación del bloque de cirugía es de las principales debilidades que tienen los pasajes de visita, de las quince semanas que se hacen en el bloque, solamente tres semanas se hacen pasajes de visita, que es con el Dr. Niels Hernández, en la rotación de emergencia, lo que es lo contrario con la rotación de Medicina Interna, donde aproximadamente doce semanas hacemos de los pasajes de visita o al menos pasajes de visita rápidos, operativos, exceptuando las tres semanas que acudimos a APS, Centro de salud y en cirugía, creo que es un tanto desorganizado, porque hasta en el turno, a lo que salga puedo decirlo así, no está en sí la tarea que un estudiante va hacer en el turno. Con respecto a lo mismo, lo de los turnos en cirugía, lo defino como una aventura, llegar a un turno de cirugía, porque no son grupos de trabajo en conjunto con los residentes estables o bien definidos de manera premeditada como en el caso de medicina y eso influye bastante en la manera como se distribuye el trabajo y afecta la forma en como nosotros aprendemos durante el turno. Es un aspecto importante que creo que un grupo previamente definido de residentes, una clave de residentes, para los estudiantes es una ventaja con respecto al trabajo, además de que son relaciones interpersonales muy bien definidas, es lo contrario a cirugía, además de que era un rol precario de divisiones o estructuras de trabajo bien definidas porque llegamos al turno y llegaba a la emergencia, y de pronto estábamos en sala haciendo un expediente y de pronto estábamos de nuevo en emergencia o en área de choque y de un momento a otro ya estábamos en quirófano haciendo cualquier cosa o de pronto salir de quirófano, tareas muy diversas pues, cosa que, no creo que ayuden de manera adecuada o sólida para un aprendizaje correcto de nosotros los estudiantes.

## **E) Apoyo brindado a los estudiantes en cuanto a la violencia interna hegemónica.**

Narre:

- **Ante situaciones que ustedes encontraran desfavorables ¿Que acciones emprendían? ¿Cuál ha sido el papel que la universidad ha mostrado ante este tipo de situaciones?**

**D:** En lo personal y como clave acudíamos a solucionar o cualquier dificultad por mínima que fuera, siempre se acudía con los residentes, luego nosotros por ejemplo si ocupábamos algún permiso de ir a alguna actividad o cuestiones así, bueno ya se acudía con el superior que era el medico de base, por lo general fueron pocas las situaciones que como persona estuve en una posición muy difícil, muy pocas situaciones, en ese sentido muy lógicamente, al ser un estudiante varón, uno que esta menos susceptible a cuestiones en el hospital, si tenes cuidado muy pocas cosas te van a suceder.

Hay que fortalecer eso en el Manolo Morales porque es una excelente escuela, hay que fortalecer varios, varios pilares creo que van a permitir en un futuro, o sea afianzar mejores más conocimiento y lógicamente garantizar calidad de médicos egresados.

- **¿Es necesario expresar su descontento ante este tipo de situaciones o pueden ser catalogados como problemáticos?**

**D:** Pues creo que de ser necesario demostrar nuestro descontento, pues creo que sí, pero yo vuelvo y repito siempre, yo una vez lo escuche de un médico de base y él dijo las siguientes palabras: “ En Nicaragua practicamos la medicina del miedo, por las leyes, que por ser castigados en el hospital, practicamos la medicina del miedo y yo lo quiero generalizar, que esa medicina del miedo la practicamos desde que estamos en semiología, desde que vamos a los hospitales, creo que a la mitad de los muchachos les ha pasado que se han equivocado en algo y han tenido consecuencias por ello, situaciones difíciles, incomodas, en las que debimos haber puesto nuestra inconformidad a la luz porque son cosas que si no se mejoran, si no las decís, no van a mejorar nunca y van a seguir pasando con los compañeros que llegan y eso ello probablemente van a dejar pasar lo mismo y creo que eso es lo que lo tiene con este sistema de enseñanza.

- **¿Consideran necesario que se presenten este tipo de situaciones para formar el carácter que todo médico debe tener?**

**D:** Muchas cosas son necesarias y otras no son necesarias, creo que hasta cierto punto es necesario permitir algunas cosas en cuanto a la exigencia eh, por parte de la docencia hacia nosotros los alumnos en el cumplimiento de tareas asignadas, de investigaciones asignadas, de seminarios y en el cumplimiento y en el rendimiento con los pacientes, con clases prácticas, con abordajes de cierta patología en los pacientes, ser muy estrictos en eso y también en enseñar de la manera que sea, que lógicamente hay muchos docentes que tienen distinta metodología para enseñar, unos enseñan de manera pacífica, de manera pasiva, con



paciencia, otros no aplican su carácter, su personalidad grotesca, pero igual se soporta hasta ahí, hasta llegar al punto de la grosería, de intimidación o el maltrato o sea hacia nosotros, creo que eso no y todavía escucho hablar a docentes en la Facultad, que ellos se formaron en los años 80, en los años 70, que ellos se formaron de esa manera, que sus docentes eran así y quedaron con ese concepto erróneo de que ellos tienen que ser así, o sea si no se han dado cuenta eso era un maltrato lo que ellos vivieron y en materia de derechos humanos, creo que la humanidad hemos ido avanzando un poco como sociedad y se debe de respetar que la jerarquía no debe ser utilizada para aplastar a los estudiantes, la jerarquía debería ser vista por nosotros los estudiantes como una montaña de conocimiento, no solamente, viene aquel docente que es demasiado grosero, me voy a poner firme como sargento, me voy a acomodar el cuello de mi camisa, de mi gabacha, o sea yo lo digo por experiencia propia porque nos ha tocado adoptar esa posición como un sargento, no sé porque al docente no le gusta que nos pongamos nerviosos, que movas las manos, que movas tus rodillas mientras estas sentado, cosas así, porque yo se te cuestiona, también creo que no son necesarias muchas, creo que la clave de eso es renovar, la metodología con la que se enseña, como yo lo decía en los audios anteriores, vivimos bajo la medicina del miedo aquí, yo no le digo al docente que no me agrada esa actitud, ni tampoco le voy a decir lo que me dijo, me trato muy mal, me hizo sentir muy mal, porque en primer lugar el docente: tengo cero, me va a poner cero, en segundo lugar en la dirección académica o la subdirección académica, voy a estar “fichado” que me fui a quejar con ese docente y ya los demás docentes la van a agarrar conmigo, entonces por esas cuestiones es importante cambiar incluso el rigor, yo creo que los buenos médicos que van a salir no solamente es porque, bueno yo no creo en lo personal, que los buenos médicos van, son los que tienen notas de 100, notas de 95 en sus exámenes, en sus seminarios, en sus clases prácticas, eso no existe, creo que los buenos médicos, son los que en realidad sienten un amor profundo por lo que hacemos, la medicina creo que es una profesión sin igual, creo que no hay nada parecido entre las otras profesiones, ni siquiera ser astronauta, ingeniero aeroespacial, hombre es que el estar al cuidado de otro humano y tener que cargar en tu hombro la responsabilidad de poder ayudar a los demás, no hablo de salvar vidas, porque no lo hacemos, solamente alargamos la vida de las personas en el tiempo, el momento de la muerte de las personas; pero si este poder por lo menos, ser catalogados y valorados porque de una u otra manera nosotros merecemos un lugar en el hospital porque simple y sencillamente así se inicia, yo creo que los docentes se olvidan de eso, es que es como un tipo de crianza, no se debe aplicar, porque ellos aprendieron así no significa que nosotros tenemos que soportar eso, no significa que nosotros tenemos que aguantar maltrato, grosería, echadas del hospital, todo ese tipo de cuestiones, entonces creo que es algo muy equivocado, un concepto muy equivocado de parte de los docentes y lo vuelvo a repetir es muy necesario para formar el carácter, el rigor del médico, estudiar y estudiar y estudiar, inspirar a nosotros los estudiantes, es la mejor manera de hacerlo, no hacerlo bajo un concepto de miedo, no o sea voy a estudiar porque si no este docente me va a sacar y me va a asarear, no, o sea claro que lo mejor que pudieran hacer es inspirarnos a ser competitivos entre nosotros mismos, a ayudarnos entre nosotros mismos a ser un colectivo junto con ellos, los médicos de base, con los residentes que son los que siempre están con nosotros, la verdad y yo en este estudio quiero dar muchísimas gracias a los residentes del Hospital Roberto Calderón, son creo de

entre los profesionales mejor capacitados en salud, que egresan del país y yo les debo mucho respeto, mucha estima, mucho cariño y siempre las gracias por habernos permitido estar junto a ellos y brindarnos ese conocimiento que creo, creo que el conocimiento es el bien más invaluable, que no se puede comprar y se agradece pues y yo creo que esa sería la mejor manera de poder formar el carácter de un médico en proceso, lo digo porque muchas veces, compañeros, compañeras sufrieron de esta situación, estas situaciones que se daban a diario en el hospital, en lo personal yo me sentía preparado, pero alguno de los compañeros no estaban preparados para eso y a muchos les ocasiono maltrato, daño psicológico, yo creo que todos nos quedamos callados por lo mismo porque estamos bajo la medicina del miedo y creo que este es un punto importante a ser tomado en el curriculum oculto del hospital y bueno y mostrarlo y tratar de mejorarlo en el futuro, comenzar desde ya con eso porque eso va a permitir mejorar el sistema, por tanto mejorar la calidad de enseñanza en el hospital, mostrarle a los estudiantes que son un punto importante dentro del sistema de salud del país y que la mejor manera de retribuir todo lo que somos, de retribuir que estamos en una universidad pública que lógicamente convivimos con universidades privadas y que lógicamente se muestra por parte de los compañeros de las universidades privadas el deseo de querer estar en una universidad como la que tenemos.

**Anexo Numero 10.**

**TABLA CONTROL DE ASISTENCIA DE ESTUDIANTES A GRUPO FOCAL.**

<b>No.</b>	<b>Código del Estudiante</b>	<b>Encuentro Numero 1</b>	<b>Encuentro Numero 2</b>	<b>Encuentro Numero 3</b>
1	D1	X	X	X
2	D2	X	X	X
3	D3	X	X	X
4	D4	X	X	X
5	D5	X	X	X
6	D6	X	X	X

Fuente: Elaboración propia del autor.

**Anexo Numero 11.**



**Anexo Numero 12.**



**Anexo Numero 13.**



**Anexo Numero 14.**



