

Aprender entre sombras: experiencias del currículum oculto y las desigualdades de género en la formación médica.

Learning in the Shadows: Experiences of the Hidden Curriculum and Gender Inequalities in Medical Training.

Leticia Osornio Castillo^{1*}, Elias Nain Peralta Cortes² y Adolfo René Méndez Cruz³

¹ Carrera Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México; letyosornio@iztacala.unam.mx, ORCID ID [0009-0002-5567-7767](https://orcid.org/0009-0002-5567-7767)

² Carrera Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México; nainperaltacortes@iztacala.unam.mx, ORCID ID [0009-0006-3372-1471](https://orcid.org/0009-0006-3372-1471)

³ Carrera Médico Cirujano, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México; armendez@unam.mx, ORCID ID [0000-0002-4231-1961](https://orcid.org/0000-0002-4231-1961)

*Correspondencia: letyosornio@iztacala.unam.mx

Recibido: 3/12/25; Aceptado: 26/1/256 Publicado: 28/1/26

Resumen.

Antecedentes: El internado médico constituye una etapa central en la formación clínica, en la que el aprendizaje trasciende los contenidos técnicos y se articula con experiencias relacionales, emocionales e institucionales que influyen en la construcción de la identidad profesional. **Objetivo:** Comprender cómo las personas en formación significan su experiencia durante el internado médico y qué aprendizajes implícitos emergen en este proceso formativo. **Método:** Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo. Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad con médicas y médicos en formación de una universidad pública mexicana. El análisis se desarrolló mediante un proceso inductivo de categorización y reflexión interpretativa. **Resultados:** El internado se configura como un espacio formativo atravesado por jerarquías, exigencias institucionales y una alta carga emocional. A través de la práctica cotidiana, las personas en formación incorporan aprendizajes implícitos relacionados con la autoridad, la gestión del malestar y las formas legítimas de relación dentro del entorno hospitalario. Estas experiencias se interiorizan de manera diferenciada según el género y contribuyen tanto a la reproducción de prácticas normalizadas como a procesos de reflexión crítica sobre el ejercicio médico. **Conclusiones:** El internado médico opera como un escenario clave de socialización profesional en el que el currículum oculto desempeña un papel central. Reconocer estas dimensiones resulta fundamental para avanzar hacia una formación médica más reflexiva, atenta a la experiencia humana y comprometida con prácticas formativas más justas.

Palabras clave: Educación médica; Internado; Investigación cualitativa

Abstract.

Introduction: The medical internship is a key stage in clinical training, where learning extends beyond technical instruction and becomes intertwined with relational, emotional, and institutional experiences that shape professional identity. **Objective:** To explore how medical trainees make sense of their internship experience and to identify the implicit forms of learning involved in this formative process. **Method:** A qualitative study with a phenomenological interpretive approach was conducted. In-depth interviews were carried out with medical trainees from a public university in Mexico. Data were analyzed through an inductive process of categorization and interpretive reflection. **Results:** The internship emerges as a formative space shaped by hierarchical structures, institutional demands, and emotional strain. Through everyday clinical practice, trainees internalize implicit lessons related to authority, management of distress, and legitimate ways of relating within the hospital setting. These experiences are internalized in differentiated ways according to gender and contribute both to the reproduction of normalized practices and to critical reflection on medical

practice. **Conclusions:** The medical internship functions as a central process of professional socialization in which the hidden curriculum plays a decisive role. Acknowledging these dimensions is essential for fostering more reflective medical education attentive to the human experience of clinical training.

Keywords: Medical Education; Internship; Qualitative Research.

1. Introducción

En las últimas décadas, la educación médica se ha enfrentado al reto de formar profesionales capaces de responder a necesidades sociales cada vez más complejas. Las transformaciones en los sistemas de salud han puesto de relieve que la calidad de la atención médica depende no solo del dominio técnico, sino también de la capacidad para establecer relaciones humanas, tomar decisiones éticas y afrontar contextos de alta exigencia emocional (1–2). En este escenario, comprender cómo se forman las y los futuros médicos implica atender no solo los contenidos explícitos de los planes de estudio, sino también los aprendizajes que se producen en la experiencia cotidiana de los espacios clínicos (3–4).

Diversos estudios han señalado que una parte sustantiva del aprendizaje médico ocurre a través de prácticas, normas y valores que no siempre están formalizados en el currículum. Estas experiencias, vividas en la interacción diaria dentro de hospitales y servicios de salud, influyen en la manera en que el estudiantado interpreta el profesionalismo, el trato a pacientes y colegas, y las formas legítimas de responder al cansancio, la autoridad y la presión institucional (3–7). La coexistencia entre un currículum formal orientado a principios éticos y humanistas, y prácticas implícitas que priorizan la eficiencia, la jerarquía o la resistencia al desgaste, genera tensiones que atraviesan la formación médica desde sus primeras etapas (2–3, 8–10). Desde esta perspectiva, el género constituye un eje central para comprender cómo dichas experiencias se viven y se significan. En este estudio, el género se concibe como un marco relacional y contextual que organiza expectativas, prácticas y relaciones de poder en los espacios de formación médica, más que como una característica individual. Las normas implícitas asociadas al género influyen en la distribución de tareas, en las formas de reconocimiento académico y en las maneras en que se legitiman ciertas conductas o expresiones emocionales dentro del entorno hospitalario (11–13). Este enfoque permite analizar cómo las experiencias formativas adquieren sentidos distintos sin asumir diferencias esenciales entre hombres y mujeres (12,14–15).

La adopción de esta mirada de género se articula con un enfoque fenomenológico interpretativo, centrado en la experiencia vivida y en los significados que las personas atribuyen a su proceso formativo. Desde esta articulación, el interés del estudio no se dirige a explicar las experiencias a partir de categorías predefinidas, sino a comprender cómo las relaciones jerárquicas, las dinámicas institucionales y las normas de género atraviesan el internado médico tal como es vivido por quienes lo transitan (16–17). El género opera, así como una lente interpretativa que orienta la lectura de los relatos, permitiendo identificar tensiones, matices y regularidades en las experiencias narradas.

El internado médico representa un momento clave en la formación profesional, al situarse en la transición entre el ámbito académico y la práctica clínica. Durante esta etapa, las y los estudiantes asumen responsabilidades reales en contextos caracterizados por alta carga asistencial, estructuras jerárquicas marcadas y escasos espacios para la reflexión sistemática (3,8–10). Estas condiciones convierten al internado en un escenario privilegiado para explorar cómo se construyen aprendizajes implícitos y cómo estos influyen en la manera de habitar la profesión médica.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las manifestaciones del currículum oculto durante el internado médico y analizar cómo estas experiencias influyen en la construcción de significados sobre la práctica profesional, atendiendo a las dinámicas de género que atraviesan la formación clínica. A partir de un enfoque cualitativo interpretativo, se busca dar cuenta de las vivencias de médicos recién egresados, poniendo en el centro sus experiencias cotidianas y los sentidos que atribuyen a su proceso formativo.

2. Métodos

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo, orientado a comprender cómo las personas en formación significan su experiencia durante el internado médico y cómo se configuran los aprendizajes implícitos asociados a este proceso formativo. Este enfoque resulta pertinente para explorar fenómenos complejos y vividos, como el currículum oculto, que se expresa a través de normas no escritas, relaciones de poder y prácticas cotidianas en los espacios clínicos. Desde una perspectiva fenomenológica interpretativa, se asume que la experiencia no puede separarse de los significados que las personas le atribuyen y que el análisis implica necesariamente una labor interpretativa situada (18). En el ámbito de la educación médica, este enfoque ha sido utilizado para analizar procesos formativos invisibles, jerarquías institucionales y tensiones que atraviesan la construcción de la identidad profesional (19).

2.1 Participantes y contexto

Las personas participantes fueron seleccionadas mediante un muestreo intencional, priorizando casos que aportaran información relevante en relación con el objetivo del estudio. Se entrevistó a veinte médicos en formación durante el internado médico, egresados de la carrera de Médico Cirujano de la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, quienes realizaron su internado entre julio de 2021 y junio de 2022. Las sedes clínicas incluyeron instituciones públicas (IMSS, ISSSTE y hospitales de la Secretaría de Salud), así como hospitales privados, lo que permitió explorar experiencias formativas en contextos organizativos diversos. El número de entrevistas se definió a partir del principio de suficiencia de información propio de la investigación cualitativa, privilegiando la profundidad y riqueza de los relatos sobre el tamaño muestral.

2.2 Técnicas de recolección de información

La información se recabó mediante entrevistas individuales semiestructuradas, con una duración aproximada de 40 a 60 minutos. Este formato permitió mantener una guía temática común y, al mismo tiempo, favorecer la expresión libre de las experiencias vividas durante el internado médico. Los temas abordados incluyeron la organización del trabajo clínico, las relaciones jerárquicas, las dinámicas de enseñanza-aprendizaje y las experiencias emocionales asociadas al proceso formativo. Previo a cada entrevista se explicó el propósito del estudio, se garantizó la confidencialidad de la información y se obtuvo el consentimiento informado por escrito. Durante el trabajo de campo se elaboraron notas de campo y memorandos analíticos que acompañaron el proceso de análisis.

2.3 Estrategia de análisis

El análisis de la información se realizó mediante un análisis temático reflexivo con sensibilidad fenomenológica. Inicialmente, las entrevistas fueron leídas de manera reiterada para favorecer una comprensión profunda de los relatos. Inicialmente, las entrevistas fueron leídas de manera reiterada con el propósito de favorecer una comprensión profunda de las experiencias narradas y de los significados atribuidos al internado médico. Esta fase permitió una aproximación sensible al contenido de los relatos antes de cualquier organización analítica. A partir de estas lecturas, se llevó a cabo una codificación abierta, centrada en la identificación de unidades de significado relevantes relacionadas con la experiencia formativa, las dinámicas institucionales y las relaciones vividas en el

contexto clínico. La codificación fue realizada por la investigadora principal, quien cuenta con formación y experiencia en investigación cualitativa en educación médica. Los códigos iniciales fueron revisados y reorganizados de manera iterativa, dando lugar a agrupaciones analíticas más amplias que permitieron avanzar hacia una interpretación integrada de los datos.

El análisis se realizó de manera manual, priorizando una lectura interpretativa y reflexiva de los relatos por encima de procedimientos mecánicos de codificación. A lo largo del proceso se llevaron a cabo discusiones analíticas periódicas con colegas del equipo de investigación, orientadas a contrastar interpretaciones, revisar decisiones analíticas y fortalecer la reflexividad del análisis. Estas instancias permitieron afinar la construcción de categorías y reducir posibles sesgos interpretativos. A modo ilustrativo, algunos de los códigos iniciales identificados incluyeron: sobrecarga de tareas, trato diferenciado, aprendizaje por observación, normalización del cansancio y negociación del lugar en la jerarquía. Estos códigos sirvieron como punto de partida para explorar patrones, tensiones y matices en las experiencias narradas por las personas participantes, manteniendo siempre el anclaje en sus relatos y en el contexto institucional en el que se desarrolló el estudio.

2.4 Rigor metodológico

Para fortalecer la credibilidad del estudio se implementaron estrategias de reflexividad analítica, revisión por pares y devolución de hallazgos preliminares a algunas personas participantes (member checking). Aunque el estudio se basó en una única fuente de información, estas estrategias permitieron sostener la coherencia y consistencia del análisis.

2.5 Consideraciones éticas

El estudio se llevó a cabo de conformidad con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y con las recomendaciones internacionales para la investigación cualitativa en ciencias de la salud. La participación fue voluntaria y todas las personas participantes recibieron información clara y suficiente sobre los objetivos del estudio, los procedimientos de recolección de datos y el uso académico de la información. Antes de la realización de las entrevistas, se obtuvo el consentimiento informado por escrito, garantizando el anonimato, la confidencialidad de los datos y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias académicas o profesionales. Los nombres y datos identificables fueron sustituidos por códigos alfanuméricos con el fin de proteger la identidad de las personas entrevistadas. El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (expediente CE/FESI/112025/2065), con fecha de aprobación 15 de noviembre de 2025.

3. Resultados

Los datos se analizaron mediante un análisis cualitativo categorial interpretativo con enfoque fenomenológico y perspectiva de género. Las categorías se construyeron de manera inductiva a partir de los relatos y se organizaron en subcategorías que permitieron dar cuenta de la experiencia vivida durante el internado médico. A continuación, se presentan los resultados organizados por categorías analíticas (tabla 1). Cada una de estas áreas incorpora fragmentos de entrevista que ilustran cómo las personas participantes interpretan su experiencia en distintos contextos clínicos. Para contextualizar las citas, se indica el género de la persona participante y el tipo de institución en la que realizó su internado, diferenciando entre instituciones públicas (HP) y privadas (HPv). Este análisis no tuvo como objetivo cuantificar los temas, sino comprender la esencia de las vivencias y los significados asociados a ellas, poniendo énfasis en las emociones, dilemas y aprendizajes que surgieron a lo largo de esta etapa formativa.

Tabla 1. Categorías y subcategorías del estudio cualitativo.

Categorías	Subcategorías
Roles y aprendizaje durante el internado médico	Realización de tareas que exceden el rol formativo
	Aprendizaje construido en el hacer cotidiano
	Intensificación del rol durante las guardias
	Vivencia corporal y emocional del aprendizaje
	Experiencias formativas valoradas y acompañamiento docente
Jerarquías, trato y relaciones de poder durante el internado médico	Trato jerárquico y desvalorización del rol del interno
	Normalización del maltrato como parte de la formación
	Silenciamiento y miedo a las consecuencias
	Relaciones jerárquicas atravesadas por el género
	Estrategias de adaptación y resistencia relacional
Género, cuerpo y regulación de la conducta durante el internado médico	Vigilancia del cuerpo y la apariencia
	Sexualización y comentarios con carga de género
	Regulación diferenciada del comportamiento
	Acoso sutil y ambigüedad relacional
Repercusiones personales, emocionales y profesionales del internado médico	Desgaste emocional y agotamiento sostenido
	Normalización del malestar y deslegitimación del cuidado emocional
	Impacto en la vida personal y en los vínculos significativos
	Diferencias de género en la vivencia del malestar
	Repercusiones en la identidad profesional en formación
Condiciones institucionales y apoyo docente durante el internado médico	Seguimiento institucional insuficiente
	Apoyo docente e institucional fragmentario
	Condiciones materiales para el descanso y el autocuidado

3.1 Categoría A. Roles y aprendizaje durante el internado médico.

Desde una perspectiva fenomenológica, los relatos permiten comprender el internado médico como una experiencia formativa compleja en la que el aprendizaje se construye a partir de la participación sostenida en el trabajo hospitalario. La formación no se limita a la adquisición progresiva de competencias clínicas, sino que implica la incorporación del rol profesional bajo condiciones de alta exigencia institucional, carga de trabajo continua y acompañamiento docente limitado. En este contexto, aprender y trabajar se entrelazan de manera constante, desdibujando los límites entre lo formativo y lo asistencial. Esta categoría se organiza en cinco subcategorías interrelacionadas: (1) realización de tareas que exceden el rol formativo; (2) aprendizaje construido en el hacer cotidiano; (3) intensificación del rol durante las guardias; (4) vivencia corporal y emocional del aprendizaje; y (5) experiencias formativas valoradas y acompañamiento docente.

3.1.1 Realización de tareas que exceden el rol formativo

Una parte central del aprendizaje durante el internado ocurre a través de la realización de tareas clínicas y administrativas que rebasan el marco formal del rol del interno. Estas actividades se integran a la dinámica cotidiana de los servicios como prácticas normalizadas e indispensables para su funcionamiento. Sin embargo, su significado varía según la posición subjetiva desde la que se viven. En los relatos de mujeres, estas tareas se asocian con vivencias de exposición, incertidumbre y responsabilidad asumida en condiciones de supervisión limitada, particularmente cuando implican la toma de decisiones clínicas:

“Creo que el 90 por ciento de lo que hacía no era mi responsabilidad. En cirugía llegué a pasar visita sola, recibir ingresos, hacer notas y modificar tratamientos porque los médicos no estaban” (Mujer, HP).

En contraste, en los relatos de hombres, estas mismas prácticas tienden a ser interpretadas como parte del aprendizaje profesional y como oportunidades para apropiarse del lenguaje y la lógica del trabajo clínico:

“Aunque suene un poco patético, con solo hacer una nota vas aprendiendo el lenguaje médico, y ahorita que estamos en formación eso es súper útil” (Hombre, HP).

Estas diferencias evidencian que el currículum oculto transmite expectativas implícitas diferenciadas en torno a la responsabilidad y la legitimidad para ejercer el rol profesional.

3.1.2 Aprendizaje construido en el hacer cotidiano.

El aprendizaje durante el internado se configura fundamentalmente como un aprendizaje situado, anclado en la experiencia directa y en el contacto continuo con los pacientes. Aprender se asocia más con la participación en las tareas del servicio que con la enseñanza explícita:

“Todo lo aprendías sobre la marcha, viendo y haciendo, aunque no siempre supieras si lo estabas haciendo bien” (Hombre, HP).

En las experiencias de mujeres, este aprendizaje práctico aparece atravesado por una mayor conciencia del esfuerzo sostenido y de la exigencia emocional que implica responder simultáneamente a múltiples demandas:

“Aprendías mucho, pero también sentías que nunca parabas, que siempre había algo más que hacer” (Mujer, HP).

3.1.3 Intensificación del rol durante las guardias

Las guardias emergen como momentos de intensificación del rol formativo. Durante estos turnos, la ampliación de responsabilidades y la concentración de tareas en contextos de cansancio extremo configuran experiencias marcadas por la exigencia sostenida.

“Era cuando más aprendías, pero también cuando más te exigían” (Hombre, HP).

En los relatos de mujeres, estas experiencias se asocian con una mayor sensación de vulnerabilidad y con la necesidad de responder sin margen de error:

“En la noche te quedabas prácticamente sola, y cualquier cosa que pasara era tu responsabilidad” (Mujer, HP).

3.1.4 Vivencia corporal y emocional del aprendizaje

El aprendizaje durante el internado se experimenta como un proceso profundamente encarnado. El cuerpo aparece como el lugar donde se inscribe la exigencia formativa, a través del cansancio, la privación del sueño y el desgaste emocional.

“Había días en los que el cuerpo ya no daba, pero tenías que seguir” (Mujer, HP).

En otros relatos, el agotamiento se integra como una condición esperada y normalizada del proceso formativo:

“Sabías que ibas a estar cansado, era parte del internado” (Hombre, HP).

3.1.5 Experiencias formativas valoradas y acompañamiento docente

En contraste con una dinámica predominantemente centrada en la carga de trabajo, las experiencias formativas más valoradas son aquellas en las que existe acompañamiento docente genuino, basado en la supervisión y la retroalimentación:

“Cuando alguien te explicaba, sentías que no solo estabas trabajando, sino aprendiendo de verdad” (Mujer, HP).

Estas experiencias introducen tensiones entre una pedagogía centrada en la resolución operativa de las demandas del servicio y prácticas formativas que reconocen la necesidad de acompañamiento, reflexión y supervisión. En este sentido, el currículum oculto delimita qué formas de enseñanza se consideran legítimas y cuáles resultan marginales dentro del espacio hospitalario.

3.2. Categoría B. Jerarquías, trato y relaciones de poder durante el internado médico.

El internado médico se desarrolla en un entorno hospitalario fuertemente jerarquizado, donde las relaciones de poder atraviesan de manera constante la experiencia cotidiana de las personas en formación. A través de interacciones reiteradas con residentes, médicos adscritos y otras figuras de autoridad, se configuran aprendizajes implícitos sobre el lugar que se ocupa dentro de la estructura institucional, las conductas esperadas y los márgenes posibles de acción. Estas dinámicas no solo organizan el trabajo clínico, sino que modelan la vivencia formativa y los modos de pertenencia al equipo de salud. Esta categoría se organiza en cinco subcategorías interrelacionadas: (1) trato jerárquico y desvalorización del rol del interno; (2) normalización del maltrato como parte de la formación; (3) silenciamiento y miedo a las consecuencias; (4) relaciones jerárquicas atravesadas por el género; y (5) estrategias de adaptación y resistencia relacional.

3.2.1 Trato jerárquico y desvalorización del rol del interno.

El trato jerárquico aparece como un rasgo estructural del internado y se manifiesta mediante correcciones públicas, regaños, descalificaciones o formas de invisibilización que refuerzan la posición subordinada del estudiantado. Estas prácticas se integran a la dinámica cotidiana del hospital y delimitan, en la experiencia vivida, el lugar que ocupa el interno dentro del equipo de salud. En los relatos de mujeres, este trato se experimenta con una fuerte carga emocional y con una sensación persistente de exposición frente a pacientes y otros profesionales:

“A veces te hablaban como si no supieras nada, incluso delante de los pacientes. Te corregían fuerte y sentías que no podías decir nada” (Mujer, HP).

En los relatos de hombres, estas prácticas tienden a integrarse como parte inherente del funcionamiento hospitalario:

“Sabías que estabas abajo y que así funcionaba el hospital” (Hombre, HP).

3.2.2 Normalización del maltrato como parte de la formación

El maltrato cotidiano se legitima mediante discursos que lo presentan como un componente necesario del aprendizaje médico. Expresiones como “así es el internado” operan como mecanismos que desactivan la crítica y refuerzan la aceptación de prácticas autoritarias:

“Siempre te decían que no te lo tomaras personal, que así se aprende en el hospital” (Hombre, HP).

En contraste, algunas mujeres identifican estas prácticas como fuentes de malestar, aun cuando se les atribuya un carácter normalizado:

“Decían que era normal, pero a mí sí me afectaba” (Mujer, HP).

3.2.3 Silenciamiento y miedo a las consecuencias

Cuestionar la autoridad o expresar inconformidad se percibe como un riesgo debido a la posibilidad de represalias académicas o relacionales. El silencio emerge, así como una estrategia frecuente de autoprotección:

“Preferías no decir nada porque sabías que después te podían perjudicar” (Mujer, HP).

En otros relatos, el silencio se vincula con una lógica pragmática de supervivencia institucional: “No valía la pena meterse en problemas” (Hombre, HP).

3.2.4 Relaciones jerárquicas atravesadas por el género

Las relaciones jerárquicas no se viven de manera neutral. En las experiencias de mujeres, aparece una mayor vigilancia sobre la conducta, la forma de hablar y el modo de ocupar el espacio hospitalario:

“A las mujeres nos decían más cómo teníamos que comportarnos” (Mujer, HP).

En los relatos de hombres, las exigencias se concentran principalmente en el cumplimiento de tareas clínicas:

“Mientras hicieras lo que te tocaba, no había tanto problema” (Hombre, HP).

3.2.5 Estrategias de adaptación y resistencia relacional.

Frente a estas dinámicas jerárquicas, las personas en formación desarrollan estrategias para sostener su tránsito por el internado, que van desde el distanciamiento emocional hasta el apoyo entre pares:

“Entre nosotras nos apoyábamos, eso ayudaba a sobrellevar el trato” (Mujer, HP).

Estas estrategias muestran que, incluso en contextos altamente jerarquizados, las personas en formación despliegan márgenes de agencia para protegerse y continuar su proceso formativo.

3.3 Categoría C. Género, cuerpo y regulación de la conducta durante el internado médico.

El internado médico se configura como un espacio formativo en el que el cuerpo y la conducta adquieren una centralidad particular, no solo como soportes del aprendizaje clínico, sino como objetos de regulación implícita. Más allá de los contenidos formales, la experiencia cotidiana transmite normas tácitas sobre cómo presentarse, comportarse y ocupar el espacio profesional. Estas regulaciones, atravesadas por el género, se aprenden de manera progresiva y condicionan las formas legítimas de presencia dentro del entorno hospitalario.

3.3.1 Vigilancia del cuerpo y la apariencia

La regulación del cuerpo aparece como una experiencia cotidiana durante el internado, especialmente en relación con la vestimenta, la presentación personal y la manera de ocupar el espacio clínico. Estas observaciones funcionan como mecanismos de control simbólico que delimitan qué cuerpos resultan aceptables y en qué condiciones pueden transitar el entorno hospitalario. En los relatos de mujeres, esta vigilancia se vive como una observación constante que genera incomodidad, autocontrol y ajuste permanente de la propia conducta:

“A veces te decían cómo tenías que vestirte o arreglarte, aunque cumplieras con el uniforme. Sentías que siempre te estaban observando” (Mujer, HP).

“Aunque fueras igual que todos, sentías que a ti sí te veían” (Mujer, HP).

En contraste, en los relatos de hombres, la presentación corporal no emerge como un eje problemático, siempre que se cumpla con las tareas asignadas y con las expectativas de desempeño clínico:

“Nunca me dijeron nada por cómo iba vestido; mientras hiciera mi trabajo, no había problema” (Hombre, HP).

“A mí nunca me llamaron la atención por eso” (Hombre, HP).

Estas diferencias evidencian que la vigilancia del cuerpo no opera de manera homogénea, sino que se ejerce de forma diferenciada según el género, constituyéndose como un aprendizaje implícito sobre los límites y las formas legítimas de presencia profesional durante el internado médico.

3.3.2 Sexualización y comentarios con carga de género

Otra dimensión relevante de la regulación corporal y conductual durante el internado se expresa en la presencia de comentarios, bromas o insinuaciones con carga de género que generan

incomodidad y refuerzan la asimetría relacional. Estas experiencias suelen presentarse de manera ambigua y naturalizada, lo que dificulta su identificación y confrontación, especialmente cuando provienen de figuras con mayor jerarquía institucional. En los relatos de mujeres, estos comentarios se viven como fuentes persistentes de tensión y vigilancia sobre el propio cuerpo y la conducta:

“Había comentarios que te hacían sentir incómoda, pero no sabías cómo decir algo porque venían de alguien arriba” (Mujer, HP).

“No era algo directo, pero sí te hacía sentir fuera de lugar” (Mujer, HP).

En contraste, en los relatos de hombres, este tipo de interacciones tiende a minimizarse o a no ser reconocida como problemática, integrándose a la dinámica cotidiana del hospital sin generar cuestionamientos explícitos:

“Yo escuchaba bromas, pero la verdad no les daba importancia” (Hombre, HP).

“No lo veía como algo grave” (Hombre, HP).

Estas diferencias evidencian que la sexualización opera de manera desigual en la experiencia formativa, afectando de forma diferenciada la percepción de seguridad, pertenencia y legitimidad dentro del espacio hospitalario.

3.3.3 Regulación diferenciada del comportamiento

El internado médico también transmite expectativas implícitas sobre cómo comportarse, hablar y reaccionar ante distintas situaciones clínicas y relacionales. Estas expectativas no se aplican de manera homogénea y se articulan con normas de género que regulan la expresión emocional, la asertividad y el modo de ocupar la jerarquía. En los relatos de mujeres, emerge una mayor exigencia de mesura, amabilidad y autocontrol, así como el temor a ser interpretadas negativamente ante conductas que se aparten de estas normas:

“Si te enojabas o contestabas, enseguida decían que eras conflictiva. Tenías que cuidarte mucho” (Mujer, HP).

“Sentías que no podías mostrarte como eras, porque cualquier cosa se podía malinterpretar” (Mujer, HP).

En los relatos de hombres, conductas similares tienden a interpretarse de manera distinta y a leerse como signos de carácter, liderazgo o firmeza, sin generar sanciones comparables:

“Si levantabas la voz, era más como que te estabas imponiendo” (Hombre, HP).

“A nadie le parecía raro” (Hombre, HP).

Estas diferencias muestran cómo la regulación del comportamiento funciona como un aprendizaje implícito que refuerza roles de género dentro del espacio hospitalario y condiciona las formas legítimas de expresión y participación durante el internado.

3.3.4 Acoso sutil y ambigüedad relacional

Algunas experiencias narradas no se nombran explícitamente como acoso, pero generan incomodidad debido a su carácter ambiguo y a la dificultad para establecer límites claros dentro de un contexto jerárquico. Esta ambigüedad incrementa la vulnerabilidad, especialmente cuando las interacciones provienen de figuras con autoridad formal o informal, y favorece procesos de duda y autocuestionamiento. En los relatos de mujeres, estas situaciones se viven como experiencias persistentes de incomodidad que resultan difíciles de verbalizar o denunciar:

“No era algo directo, pero sí te hacía sentir incómoda, como que no sabías si exagerabas o no” (Mujer, HP).

“Te quedabas pensando si estabas mal tú por sentirte así” (Mujer, HP).

En los relatos de hombres, estas situaciones tienden a pasar inadvertidas o a no ser identificadas como problemáticas dentro de la dinámica cotidiana del hospital:

“A veces uno ni se da cuenta de esas cosas” (Hombre, HP).

“No lo percibía” (Hombre, HP).

Esta diferencia en la percepción evidencia cómo el acoso sutil se invisibiliza con facilidad y se normaliza como parte del entorno formativo, reforzando aprendizajes implícitos sobre qué experiencias son legítimas de ser nombradas y cuáles deben permanecer en el ámbito de lo no dicho.

3.4 Categoría D. Repercusiones personales, emocionales y profesionales del internado médico.

El internado médico produce efectos que trascienden el ámbito estrictamente académico y se inscriben en la vida emocional, relacional y profesional de quienes lo cursan. Las condiciones de exigencia sostenida, la normalización del malestar y la escasa legitimación del cuidado configuran un proceso formativo cuyos impactos se acumulan y se elaboran progresivamente a lo largo del trayecto. Esta categoría permite comprender cómo el currículum oculto moldea subjetividades, modos de afrontamiento y formas de vincularse con la profesión médica.

3.4.1 Desgaste emocional y agotamiento sostenido

El desgaste asociado al internado no se limita al cansancio físico derivado de las largas jornadas, sino que se expresa como un agotamiento emocional persistente que permea distintos ámbitos de la vida cotidiana. Las personas en formación describen una sensación de saturación constante y de dificultad para recuperar energía incluso fuera del espacio hospitalario:

“Llegaba un punto en que ya no solo era cansancio físico, era como estar emocionalmente drenada todo el tiempo” (Mujer, HP).

“Aunque durmieras, sentías que no descansabas, como que todo el tiempo estabas en modo alerta” (Hombre, HP).

3.4.2 Normalización del malestar y deslegitimación del cuidado emocional.

El malestar emocional que acompaña al internado se resignifica dentro de un marco cultural que lo presenta como inevitable y necesario. En el entorno hospitalario circulan discursos que desalientan su reconocimiento, asociando la expresión del sufrimiento con debilidad o falta de vocación:

“Te decían que era normal sentirse así, que a todos les pasaba y que no había que quejarse” (Hombre, HP).

“Aunque me sentía mal, pensaba que no tenía derecho a decir nada porque era parte del internado” (Mujer, HP).

Estos discursos desplazan el cuidado emocional al ámbito individual e invisibilizan las condiciones estructurales que generan el malestar.

3.4.3 Impacto en la vida personal y en los vínculos significativos

Las exigencias del internado generan una reorganización profunda de la vida cotidiana, afectando la disponibilidad temporal y emocional para sostener vínculos significativos. La sobre implicación con el rol formativo se impone sobre otros ámbitos de la vida, produciendo distanciamiento y desgaste relacional:

“Casi no veía a mi familia, y cuando estaba con ellos estaba de mal humor o muy cansada” (Mujer, HP).

“Mis relaciones personales se fueron enfriando porque siempre estaba en el hospital” (Hombre, HP).

3.4.4 Diferencias de género en la vivencia del malestar

La experiencia del malestar durante el internado adquiere matices diferenciados según el género. En los relatos de mujeres, el sufrimiento suele acompañarse de procesos de autocuestionamiento y autoexigencia, en los que el malestar se interpreta como una falla personal más que como un efecto del contexto formativo:

“Sentía que si no podía con todo era porque yo no era lo suficientemente fuerte” (Mujer, HP).

En contraste, en los relatos de hombres el malestar tiende a gestionarse mediante la minimización o el silenciamiento, integrándose como una condición esperable del proceso formativo:

“Te acostumbras y sigues, no es algo que pienses mucho” (Hombre, HP).

3.4.5 *Repercusiones en la identidad profesional en formación*

Las experiencias acumuladas durante el internado influyen de manera significativa en la construcción de la identidad profesional. El proceso formativo puede acompañarse de dudas, desencanto o cuestionamientos sobre la elección de la carrera, o bien de un endurecimiento emocional que funciona como estrategia de adaptación frente a un entorno altamente demandante:

“Hubo momentos en que me pregunté si realmente quería seguir en medicina” (Mujer, HP).

“Aprendes a hacerte más duro, porque si no, no aguantas” (Hombre, HP).

En conjunto, estas repercusiones muestran que el internado no solo transmite competencias clínicas, sino también disposiciones emocionales y éticas que acompañarán el ejercicio profesional futuro.

3.5 *Categoría E. Condiciones institucionales y apoyo docente durante el internado médico.*

Las condiciones institucionales en las que se desarrolla el internado médico configuran un marco formativo que, aunque suele permanecer en segundo plano, resulta decisivo para la experiencia cotidiana de aprendizaje. Más que un telón de fondo neutral, la organización institucional del internado (en términos de seguimiento académico, apoyo docente y condiciones materiales) transmite aprendizajes implícitos sobre el lugar que ocupan el cuidado, el acompañamiento y la responsabilidad dentro de la formación médica.

3.5.1 *Seguimiento institucional insuficiente*

Los relatos muestran que, una vez incorporadas al hospital, las personas en formación perciben una desvinculación progresiva de la institución formadora. La ausencia de mecanismos sistemáticos de seguimiento académico y formativo genera una sensación de desamparo y de falta de referentes claros para enfrentar las dificultades cotidianas del internado:

“Enseñanza nunca verificó que sí se hicieran cargo... ojalá tuvieran reuniones para ver el desempeño de los internos, pero nunca hacían nada parecido” (Hombre, HP).

“Te abandonan, no hay apoyo... si ya estás en el hospital, ya eres del hospital” (Mujer, HP).

Esta falta de seguimiento opera como un mensaje implícito que normaliza la autosuficiencia forzada y desalienta la búsqueda de apoyo institucional.

3.5.2 *Apoyo docente e institucional fragmentario*

Cuando el apoyo institucional o docente aparece, lo hace de manera puntual y dependiente de personas específicas, más que como parte de un esquema estructurado de acompañamiento. Esta fragmentación introduce una lógica de aleatoriedad en la experiencia formativa, donde el acceso al apoyo no está garantizado, sino condicionado a circunstancias particulares:

“Cuando yo necesité hablar con alguien de la facultad, me atendieron, pero no era algo constante” (Mujer, HP).

“El mayor apoyo que recibí fue que me canalizaron a psicología, y eso sí se lo agradezco” (Hombre, HP).

El carácter esporádico de este acompañamiento refuerza la idea de que el cuidado constituye una excepción y no una responsabilidad institucional sostenida.

3.5.3 *Condiciones materiales para el descanso y el autocuidado*

Las condiciones materiales destinadas al descanso y al autocuidado ocupan un lugar marginal dentro de la organización del internado. Los relatos evidencian una alta variabilidad entre sedes y servicios, así como una subordinación sistemática del descanso a las demandas asistenciales:

“La mipera estaba súper cochina, casi nadie se dormía ahí... ibas solo porque ya no aguantabas” (Mujer, HP).

“En algunos servicios sí nos dejaban descansar y eso hacía la diferencia” (Hombre, HP).

Estas experiencias revelan una lógica institucional que concibe el cuerpo del interno como un recurso disponible, transmitiendo el aprendizaje implícito de que el autocuidado no constituye una prioridad formativa.

La Categoría E permite comprender que las condiciones institucionales y el apoyo docente delimitan de manera implícita los márgenes de protección, acompañamiento y bienestar durante el internado médico. La insuficiencia del seguimiento, la fragmentación del apoyo y la precariedad de las condiciones materiales no solo afectan la experiencia cotidiana, sino que configuran aprendizajes implícitos orientados a la normalización del desgaste y a la responsabilización individual del cuidado, reforzando un currículum oculto centrado en la resistencia más que en el acompañamiento institucional.

4. Discusión

Los resultados de este estudio permiten comprender el internado médico como un proceso central de socialización profesional en el que el aprendizaje se construye fundamentalmente a través de la inmersión cotidiana en el trabajo hospitalario. Más allá de la adquisición de competencias clínicas, el internado implica la incorporación de normas implícitas relacionadas con la autoridad, la gestión del cansancio, la regulación emocional y las formas legítimas de interacción dentro de estructuras institucionales jerarquizadas. Estos hallazgos son consistentes con la literatura clásica y contemporánea sobre currículum oculto en educación médica, que ha mostrado cómo una parte sustantiva del aprendizaje profesional ocurre fuera de los programas formales, a través de prácticas, rutinas y relaciones de poder que moldean la identidad médica (20-21).

En consonancia con estudios previos, los resultados muestran que las jerarquías hospitalarias funcionan como dispositivos formativos que organizan no solo el trabajo clínico, sino también las posiciones subjetivas de quienes se forman. A través de interacciones reiteradas con residentes y médicos adscritos, las personas internas aprenden a anticipar consecuencias, regular su conducta y gestionar el silencio como estrategia de supervivencia institucional. Este tipo de aprendizaje implícito ha sido descrito como un mecanismo central de reproducción cultural en la medicina, mediante el cual se normalizan prácticas autoritarias y se transmiten concepciones específicas de profesionalismo (22).

La incorporación de una perspectiva de género permite profundizar en la comprensión de estas dinámicas al mostrar que las experiencias formativas no se viven de manera homogénea. En este estudio, los relatos de mujeres evidencian una mayor exposición a la vigilancia corporal, a la regulación de la conducta y a procesos de autocuestionamiento frente al malestar, mientras que en los relatos de hombres las exigencias del internado tienden a interpretarse como pruebas necesarias de fortaleza profesional. Estos hallazgos coinciden con investigaciones que han documentado cómo las normas de género operan de manera implícita en la formación médica, produciendo trayectorias diferenciadas y reproduciendo desigualdades simbólicas dentro del espacio clínico (11-14).

El impacto emocional del internado emerge como un eje transversal de los resultados. El desgaste sostenido, la normalización del sufrimiento y la deslegitimación del cuidado emocional se integran como aprendizajes implícitos que refuerzan una concepción del profesionalismo basada en la resistencia y el autocontrol. Diversos estudios han advertido que la cultura formativa en medicina tiende a invisibilizar los costos subjetivos del aprendizaje clínico, favoreciendo la aceptación del malestar como parte inherente de la formación y desplazando la responsabilidad del cuidado hacia el ámbito individual (23-24).

No obstante, los resultados también muestran el carácter ambivalente del internado médico. Junto a dinámicas de reproducción del maltrato y del desgaste, emergen experiencias de acompañamiento docente y de apoyo entre pares que introducen fisuras en el currículum oculto

dominante. Estas experiencias han sido señaladas en otros estudios como factores protectores que permiten resignificar la experiencia formativa y sostener una identidad profesional más reflexiva y ética, incluso en contextos altamente demandantes (25-26).

Desde una perspectiva institucional, los hallazgos subrayan la relevancia de las condiciones organizativas y del seguimiento académico durante el internado. La fragmentación del apoyo docente, la ausencia de mecanismos sistemáticos de acompañamiento y la precariedad de las condiciones materiales para el descanso configuran un marco formativo que refuerza la autosuficiencia forzada y la normalización del desgaste. Esta situación ha sido documentada en distintos contextos de formación médica y se asocia con mayores riesgos de agotamiento, cinismo y desvinculación profesional temprana (23-24).

En conjunto, este estudio aporta evidencia cualitativa que refuerza la necesidad de analizar el internado médico como un proceso formativo complejo, atravesado por relaciones de poder, normas de género y condiciones institucionales que influyen de manera decisiva en la construcción de la identidad profesional. Integrar estas dimensiones en el análisis y en el diseño de la formación clínica constituye un paso necesario para avanzar hacia una educación médica más reflexiva, equitativa y atenta a la experiencia humana de quienes se forman.

Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los hallazgos. En primer lugar, se trata de una investigación cualitativa desarrollada en un contexto institucional específico (una carrera de medicina de una universidad pública mexicana) y en un periodo concreto, lo que delimita el alcance de los resultados. Desde un enfoque cualitativo interpretativo, los hallazgos no buscan generalización estadística, sino aportar comprensiones situadas que pueden resultar transferibles a contextos formativos similares, siempre que se consideren las particularidades institucionales y culturales de cada entorno.

Asimismo, el muestreo intencional y voluntario pudo favorecer la participación de personas con mayor disposición a reflexionar sobre su experiencia formativa, lo que introduce un posible sesgo de selección. La relación entre los investigadores y las personas participantes, enmarcada en un contexto académico compartido, también pudo influir en la forma en que se narraron las experiencias. Si bien esta cercanía facilitó la confianza y la profundidad de los relatos, es importante reconocer su potencial influencia en el proceso interpretativo. Finalmente, el estudio se basó en una única fuente de datos (entrevistas), sin triangulación metodológica o de fuentes, lo que limita la posibilidad de contrastar los hallazgos desde otros registros empíricos. No obstante, la coherencia interna del análisis y la densidad de los relatos permiten sostener la validez interpretativa de los resultados presentados.

5. Conclusiones

- El internado médico constituye un momento clave de socialización profesional en el que, además de las competencias clínicas, se aprenden normas implícitas relacionadas con la jerarquía, el manejo del malestar, la regulación de la conducta y las formas legítimas de participación en el entorno hospitalario. Estos aprendizajes, propios del currículum oculto, influyen de manera directa en la construcción de la identidad profesional.
- Los resultados evidencian que dichas dinámicas se desarrollan en contextos institucionales que normalizan el desgaste y trasladan el cuidado al ámbito individual. Desde una perspectiva de género, estas condiciones generan experiencias formativas diferenciadas, particularmente en lo relativo a la vigilancia corporal, la regulación del comportamiento y los procesos de ajuste identitario.
- Si bien el internado reproduce prácticas que pueden afectar el bienestar de las personas en formación, también se identifican experiencias de acompañamiento docente y apoyo entre

pares que permiten resignificar el proceso formativo. Reconocer estas tensiones resulta fundamental para comprender el internado médico como un espacio formativo complejo y para avanzar hacia modelos de educación médica más reflexivos y sensibles a la experiencia humana de quienes se forman.

Financiación: No ha habido financiación.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Contribuciones de los autores: Conceptualización, L.O. y E.P.; metodología, L.O.; validación, L.O. y A.M.; análisis formal, L.O.; investigación, L.O. y E.P.; redacción del borrador original, L.O.; redacción, revisión y edición, L.O., E.P. y A.M.; supervisión, L.O. Todos los autores han leído y aprobado la versión final del manuscrito.

6. Referencias.

1. Toubassi D, Schenker C, Roberts M, Forte M. Professional identity formation: Linking meaning to well-being. *Advances in Health Sciences Education*. **2023**, 28, 1. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10146-2>
2. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity. *Academic Medicine*. **2019**, 94, 10. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1536260>
3. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The hidden curricula of medical education: A scoping review. *Academic Medicine*. **2018**, 93, 4. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002004>
4. Parra S, Hernández EH, Niño D, Jaimes CL, Romero ÁE. Effects of the hidden curriculum in medical education: Scoping review. *JMIR Medical Education*. **2025**, 11. <https://doi.org/10.2196/68481>
5. MacLeod A. The hidden curriculum: Is it time to re-consider the concept? *Medical Teacher*. **2014**, 36, 6. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.907876>
6. Ní Mhurchú M. Reflective practice in medicine: The hidden curriculum revisited. *The Clinical Teacher*. **2024**. <https://doi.org/10.1111/tct.13682>
7. Meyer R, Archer E, Smit L. The positive influence of the hidden curriculum in medical education: A scoping review. *Medical Science Educator*. **2025**, 35. <https://doi.org/10.1007/s40670-025-02380-1>
8. Lugo JA, Menéndez JA, Medina E, García PE, Guerrero JA, Escobar AL. Currículo oculto en educación médica: Conceptos y dimensiones. Revisión de alcance. *Medicina Interna de México*. **2023**, 39, 6. <https://doi.org/10.24245/mim.v39i6.7874>
9. Vanstone M, Grierson L. Thinking about social power and hierarchy in medical education. *Medical Education*. **2022**, 56, 9. <https://doi.org/10.1111/medu.14659>
10. Osornio L, Cortes EN, Cruz AR. Aprendizajes adquiridos durante el internado: Vivencias de los recién egresados de medicina. *Revista Española de Educación Médica*. **2025**, 6(3), 67–79. <https://doi.org/10.6018/edumed.663151>
11. Beagan BL. Gender and the hidden curriculum of medical education. *Canadian Medical Education Journal*. **2020**, 11, 6. <https://doi.org/10.36834/cmej.70244>
12. Arsever S, Broers B, Cerutti B, Wiesner J, Dominicé Dao M. A gender biased hidden curriculum of clinical vignettes in undergraduate medical training. *Patient Education and Counseling*. **2023**, 116. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107934>
13. Yaman R, Acton R, Newnham E. Gender bias in medical education: A scoping review. *The Clinical Teacher*. **2023**, 20, 5. <https://doi.org/10.1111/tct.13592>
14. Pickel L, Scott L, Hogg M. Gender trends in Canadian medicine and surgery: The past 30 years. *BMC Medical Education*. **2024**, 24. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05071-4>
15. Wortmann L, Oertelt S. Teaching sex- and gender-sensitive medicine is not just a fancy accessory. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. **2024**, 11. <https://doi.org/10.1177/23821205241304531>

16. Braun V, Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. **2019**, 11, 4. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
17. Braun V, Clarke V. Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and becoming a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*. **2023**, 24, 1. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597>
18. Neubauer BE, Witkop CT, Varpio L. How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*. **2019**, 8, 2. <https://doi.org/10.1007/s40037-019-0509-2>
19. Tavakol M, Sandars J. Twelve tips for using phenomenology as a qualitative research approach in health professions education. *Medical Teacher*. **2025**, 47, 9. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2025.2478871>
20. Brown MEL, Flynn CM, Lee LS, McCahill R, Byrne J, Woolf K. Learning machines or the key to care? A qualitative study exploring the impact of the hidden curriculum on medical students' longitudinal experiences in primary care. *BMJ Open*. **2023**, 13, 9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074227>
21. Schultz K, Cofie N, Braund H, Joneja M, Watson S, Drover J, MacMillan-Jones L, Dalgarno N. The hidden curriculum across medical disciplines: An examination of scope, impact, and context. *Canadian Medical Education Journal*. **2024**, 15, 1. <https://doi.org/10.36834/cmej.75207>
22. Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: Medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. **2006**, 81, 5. <https://doi.org/10.1097/01.ACM.0000222277.21200.a1>
23. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. **2016**, 316, 21. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
24. Barbosa FJ, Rodríguez VU, Ibarrola JC, Chejfec JM, Guzmán MJ, Tavares JA, Delgado G, Cervantes G, Cervantes E, Ramírez S, Fuentes C, Gonzalez A. COVID-19 pandemic and its impact on medical interns' mental health of public and private hospitals in Guadalajara. *Medical education online*. **2024**, 29, 1. <https://doi.org/10.1080/10872981.2024.2308360>
25. Biggers A, Binder A, Gerber BS. Microaggressions and resiliency during residency: Creating more inclusive environments. *The American Journal of Medicine*. **2024**, 137, 5. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.01.019>
26. Sukhera J, Ovens H, Bertrand K. "It is challenging to shift the norm": Building trust to address microaggressions in clinical learning environments. *Perspectives on Medical Education*. **2023**, 12, 5. <https://doi.org/10.5334/pme.1251>



© 2026 Universidad de Murcia. Enviado para publicación de acceso abierto bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 España (CC BY-NC-ND). (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).