



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
BIOÉTICA

BIOÉTICA HERMENÉUTICA Y PROFESIONALISMO: EL CURRÍCULO OCULTO EN
RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN CIENCIAS

PRESENTA

ISAAC MALDONADO CASTELLANOS

TUTORA PRINCIPAL: DRA. LILIANA MONDRAGÓN BARRIOS
FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CDMX.MX
MAYO, 2024



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	i
1. Antecedentes	1
<i>1.1 Introducción</i>	1
<i>1.2 Contexto contemporáneo</i>	8
<i>1.3 Convenciones internacionales</i>	10
2. Profesionalismo y educación médica en psiquiatría	15
2.1 Introducción	15
2.2. Educación médica, contexto hospitalario y residencia en psiquiatría	18
<i>2.2.1 Breve historia de la enseñanza de la medicina</i>	18
<i>2.2.2 Breve historia de la enseñanza de la medicina en México</i>	20
<i>2.2.3 Enseñanza de la medicina en la actualidad</i>	22
<i>2.2.4 Enseñanza de la psiquiatría en México: Panorama global</i>	25
2.3 Profesionalismo	28
2.4 Currículo oculto	35
2.5 Bioética	43
3. Marco teórico	47
<i>3.1 Bioética hermenéutica desde el enfoque de Gadamer</i>	49
4. Planteamiento del problema	53
5. Justificación	57
6. Pregunta y objetivos de la investigación	58
<i>6.1 Pregunta de investigación</i>	58
<i>6.2 Objetivo general</i>	58

6.3 <i>Objetivos específicos</i>	58
7. Método	61
7.1 <i>Diseño del estudio</i>	61
7.2 <i>Alcance</i>	62
7.3 <i>Técnica de recolección de datos</i>	62
7.4 <i>Materiales e instrumentos</i>	63
7.5 <i>Participantes</i>	63
7.5.1 <i>Criterios de inclusión</i>	63
7.5.2 <i>Criterios de exclusión</i>	64
7.6 <i>Procedimiento</i>	64
7.7 <i>Medidas extraordinarias por Covid-19</i>	67
7.8 <i>Análisis de datos</i>	69
7.9 <i>Consideraciones éticas</i>	70
7.10 <i>Aspectos normativos-jurídicos</i>	72
8. Resultados	78
9. Discusión	102
10. Conclusiones	118
11. Limitaciones y fortalezas	126
12. Referencias	128
13. Anexos	145
13.1 <i>Invitación para participar en la investigación</i>	145
13.2 <i>Consentimiento informado</i>	146
13.3 <i>Datos sociodemográficos de los participantes</i>	147
13.4 <i>Categorías, definiciones y entrevista semiestructurada</i>	151

<i>13.5 Definiciones de mensajes, actitudes y valores</i>	152
<i>13.6 Guía de entrevista</i>	153

Resumen

El ser humano tiene un amplio rango de intereses, entre ellos están el binomio salud-enfermedad mental que durante muchos años se han intentado comprender. Los recursos técnicos y epistémicos en diferentes momentos de la historia de la humanidad han evidenciado que el componente ético es clave dentro del ámbito de la atención a la salud mental. Los residentes de psiquiatría representan una profesión valiosa para la sociedad en la atención para la salud mental. En el presente estudio, fue importante explorar el componente ético del profesionalismo que reciben los médicos residentes de psiquiatría durante su formación desde el enfoque del currículo oculto.

El objetivo del estudio fue analizar los mensajes, actitudes y valores que se les han transmitido a los residentes de psiquiatría fuera del proceso formal de enseñanza-aprendizaje formal (currículo oculto) asociados a la interpretación y toma de decisiones (*phrónesis*) en la atención médico-psiquiátrica de acuerdo con la bioética hermenéutica de Gadamer.

La investigación se diseñó desde el enfoque cualitativo. Se entrevistó a residentes de psiquiatría en sus diferentes años de formación de dos unidades médico-psiquiátricas. Se analizaron las experiencias no académicas (currículo oculto) de los residentes en psiquiatría sobre el tema de bioética hermenéutica desde el enfoque que plantea Gadamer.

De acuerdo con los resultados, los residentes de psiquiatría sí están recibiendo los dos componentes de la bioética hermenéutica de Gadamer a través del currículo oculto expresado por vías como los mensajes, actitudes y valores. Se identificó la importancia de entender la vida de los pacientes a pesar de tener obstáculos administrativo-burocráticos. Por otro lado, se hace ineludible tomar decisiones prudentes a partir de la contextualización de cada caso en el área de atención médico-psiquiátrica.

1. ANTECEDENTES

1.1 Introducción

El ser humano ha estudiado todo cuanto le rodea. El conjunto de disciplinas que han surgido a lo largo de la historia de la humanidad refleja la diversidad de intereses y la inagotable curiosidad por comprender las leyes que gobiernan la naturaleza. Un área de interés particular es el propio ser humano quien ha logrado estudiarse a sí mismo. A pesar de que no ha sido una tarea fácil, el ser humano se ha sentido atraído por revelar el funcionamiento del cuerpo consolidando campos de estudio como la anatomía o la fisiología humana que han dado origen a la medicina que agrupa y conecta estos saberes.

Además de los aspectos físicos y tangibles también se ha puesto una especial atención en los procesos intangibles, es decir, los procesos psicológicos como la atención, la memoria, el aprendizaje o la consciencia. Disciplinas como la psicología y la psiquiatría intentan comprender dichos productos mentales desde el método científico (Skinner, 1953). A su vez, dos de los estados o procesos psicológicos que han representado un gran enigma dentro de la investigación científica han sido la salud y la enfermedad mental que han sido definidos y reformulados de manera constante a lo largo de la historia de la humanidad.

Para comprender dichos conceptos, se han creado numerosas explicaciones. En un principio, el animismo dominaba las descripciones relacionando la salud o la enfermedad mental con posesiones o ausencias demoniacas. Algunas culturas daban cuenta de comportamientos o sensaciones personales poco familiares haciendo referencia a la inserción de espíritus malignos en el cuerpo de la persona afectada (Muller, 1980). El marco conceptual que tenían y las herramientas epistemológicas de la época primitiva permitían entender de este y no de otro modo, lo que sucedía con la vida mental de las personas. Surge así, el primer intento de explicaciones llenas de misticismo, magia y religión que dominan la escena inicial en la historia de las enfermedades psiquiátricas.

Durante varios siglos el enfoque animista permitía entender que “algo” dentro de la persona era lo responsable de aquellas conductas extrañas. Este punto de vista se fue transformando y ese “algo” ya no era propiamente un espíritu. En la época medieval se creía que había una “piedra de la locura” que había que extraer (Maldonado-Castellanos, 2022). Esta perspectiva apuntaba a que un elemento, que podía ser ya sea tangible (una piedra) o intangible (un demonio), estaba dentro de la persona y había que sacarlo (Hothersall, 1997; Pérez, 1997).

Si a la persona no se le extraía el elemento responsable de sus cambios en el estado de ánimo o en las extravagancias en su pensamiento, este tipo de fenómenos se acentuaban causando reacciones de miedo entre los familiares y en la propia comunidad (Foucault, 1976; Venable, 2019). Estas intervenciones que pretendían mejorar los síntomas eran coherentes con la explicación que se tenía hasta el momento. Dicho de otra forma, si se consideraba que el problema era el exceso de sangre como lo veía Hipócrates, el tratamiento era una flebotomía (desangrar a la persona); por otro lado, si una piedra o un espíritu era la responsable de los problemas de la persona, entonces una trepanación (práctica que consiste en perforar el cráneo) podía expulsar el agente causante (Muller, 1980).

De este tipo de actividades se desprendieron diferentes expresiones de preocupación y testimonio en ciertos momentos históricos a través de obras literarias o pinturas. Una de ellas es *“La Nave de los Necios”*, un libro de Sebastián Brant publicado en 1494 donde se habla de un barco lleno de personas que tienen diferentes “pecados” o formas poco aceptadas de comportamiento para la época. En este libro se puede resaltar un tipo de evaluación social hacia aquello que es considerado como incorrecto, extraño, malo, impuro o impropio y que había que alejarlo, alienarlo de la comunidad (Gaier, 1968; Rossiter, 1973).

La otra, es la pintura del artista holandés El Bosco quien crea “La Extracción de la Piedra de la Locura”, una obra pictórica de finales del siglo XV donde se puede observar una persona sentada a la que le están realizando una intervención en la cabeza con la intención de encontrar la piedra que presuntamente sería la responsable de sus irracionalidades. Al

mismo tiempo, los otros tres personajes parecen estar realizando conductas claramente extrañas como tener un libro sobre la cabeza o utilizar un embudo gigante como especie de sombrero (Salaverry, 2012; Dalrymple, 2012; Maldonado-Castellanos, 2022).

La importancia de acudir a estos dos testimonios se relaciona con que estas formas de explicación predominaron en muchos países durante un tiempo considerable. Como se puede suponer, las intervenciones que se proponían violentaban la integridad de la persona ya que no aliviaban los síntomas y en algunos casos, producían mayor malestar o incluso la muerte. Como ya se ha dicho, a pesar de que las intervenciones eran congruentes con las explicaciones que se tenían al momento, aún quedaba pendiente aliviar o mejorar realmente los síntomas de la persona, ya que no se conseguía eliminar el malestar y tampoco se avanzaba en el entendimiento que pudiera aclarar la naturaleza de los delirios o de los comportamientos considerados como extraños en las personas.

La necesidad de un cambio de pensamiento se hacía latente, no solo en el área de la salud mental sino en las ciencias en general. Así, la llamada “revolución copernicana” que inicia en 1543 con la publicación de *“De revolutionibus orbium coelestium”* de Nicolás Copérnico permitió que se pusieran en duda muchas de las creencias que se sostenían en las incipientes disciplinas como la química o la astronomía. Desde luego que el cambio de pensamiento también impactaría en las ciencias de la naturaleza mental humana solo que después de un tiempo considerable.

Hasta finales del siglo XIX fue cuando surgieron ideas novedosas que intentaban clarificar los conceptos de salud y enfermedad mental. Entre muchos autores, se encuentre Emil Kraepelin quien propuso una clasificación de lo que posteriormente conoceríamos propiamente como trastornos mentales (Hardy, 1998; Lantéri-Laura, 2001). A pesar de no ser él el único ni el primer autor que intentó entender y clasificar los problemas del comportamiento y de la mente ya que, por ejemplo, Hipócrates había nombrado cuatro tipos de humores (melancólico, flemático, sanguíneo y colérico) y la palabra ansiedad ya se

había enunciado antes que él (Cfr. Glas, 2003; Sarudiansky, 2013), Kraepelin sí fue un pensador importante que relacionó los síntomas con una entidad patológica identificable a través de sus observaciones clínicas (Lepoutre, 2014; Garrabé, 2011).

El enfoque enunciado por Kraepelin responde a la inquietud de no contar con herramientas del todo confiables para comprender el fenómeno de la enfermedad mental que se habían heredado hasta el siglo XIX. Por tanto, esta enunciación representa un cambio de perspectiva y la necesidad de incorporar una metodología distinta y más elaborada para este fenómeno tan complejo como lo es la enfermedad mental que incluyera la experimentación y la observación sistemática además de las clasificaciones organizadas.

Mientras la comprensión de la enfermedad mental avanzaba y se iba configurando de manera más científica al integrar metodologías originales y novedosas de estudiar el fenómeno, también surgían preocupaciones alrededor del trato que se les daba a las personas que eran consideradas como extrañas, poseídas o justamente, enfermas mentales. No obstante, esto seguía siendo insuficiente ya que además de las intervenciones que se han comentado (por ej. trepanaciones) de forma paralela, se probaban otras formas de corregir los síntomas: las alienaciones. En otras palabras, algunos tratantes necesitaban poseer ciertos conocimientos y habilidades técnicas para realizar la trepanación o la expulsión del demonio, pero cuando esto no era posible o no había un “experto” disponible, la persona que sufría un padecimiento mental simplemente era aislada en centros u hospitales especiales (Coleborne, 2001).

Regularmente los lugares de alienación no solo eran para las personas con problemas comportamentales, sino que fueron pensados para personas con enfermedades físicas consideradas grotescas o religiosamente malignas. Ahora bien, es importante decir que, a pesar de que la teoría microbiana sería conocida hasta 1860 gracias a los experimentos de Pasteur, durante mucho tiempo se aislaban a las personas por precaución de que “algo” pudiera pasar de un cuerpo enfermo a otro que estuviera sano, es decir se tenía una idea,

aunque ambigua de lo que posteriormente se conocería como contagio (Fleming, 1947). Esta sospecha llevó a aislar sistemáticamente a pacientes potencialmente peligrosos ya sea por sus síntomas físicos o mentales. Desde luego la falta de conocimiento condujo a aislamientos poco útiles como a los pacientes con síntomas de la fiebre amarilla ya que esta enfermedad se transmite por mosquitos infectados y no por el contacto entre personas, lo mismo que en el caso de las enfermedades mentales ya que de igual forma no son contagiosas entre personas (Gryzbowski et.al., 2015; Foucault, 1976).

La misma suerte tuvieron muchas personas consideradas como mentalmente incapaces o poseídas. Ellas eran aisladas en los mismos hospicios u hospitales donde también estaban los “*leprosos*” llamados así peyorativamente, que llegaban a presentar algunos síntomas neurológicos cuando la enfermedad avanzaba sin tratamiento. Estos sitios eran llamados precisamente leprosorios (Horden, 2005). La herencia de las explicaciones demoniacas o diabólicas que habían surgido desde la vertiente mágico-religiosa y que dominó durante muchos siglos, condujo al aislamiento sistemático de las personas por considerarlas como merecedoras de un castigo divino (Foucault, 1976).

De igual forma, los encierros funcionaban como una forma de protección social donde las personas que ingresaban eran separadas para evitar que pudieran afectar la armonía y buena convivencia de la comunidad. Como es de suponerse, este método de intervención era denigrante e inhumano. Las constantes alienaciones y la falta de comprensión acentuaban la idea sobre la peligrosidad de las personas con problemas comportamentales. Así, los tratamientos seguían siendo poco eficaces e inhumanos. En este escenario de encierro, las personas sufrían de constantes abusos como mala nutrición, condiciones poco salubres y sanitarias, golpes y humillaciones (Foucault, 1976).

Además de que estos intentos de tratamientos o curas no eran eficaces, comenzaban a ser denunciados por diferentes personas. Uno de ellos fue precisamente Philippe Pinel, un reconocido médico francés, quien ya había identificado el trato inhumano que se le estaba dando a las personas hacia finales del siglo XVIII y principios del XIX, lo que refleja su

preocupación por las personas internadas de los hospicios en Francia que constantemente visitaba (Guillemain, 2006).

Para Pinel, el tratamiento debería superar la parte física y fue él quien escribió acerca de un “tratamiento moral” precisamente opuesto a la sobre atención que se les daba a agentes poco demostrables como los causantes del problema. Hoy en día este enfoque de tratamiento y atención se puede interpretar como una forma responsable y humana de brindar atención terapéutica. Dicho de otra forma, Pinel se pronunciaba totalmente en contra de los baños de agua caliente o fría y condenaba los encadenamientos injustificados para los internos (Guillemain, 2006). Esta orientación más humanista sería retomada en los años venideros para generar nuevas aproximaciones de tratamiento que no se desprendieran forzosamente de la vertiente médica, sino que convivieran con explicaciones de cohorte psicológico.

Por tanto, a principios del siglo XX, desde la vertiente psicológica, el funcionalismo, el estructuralismo, el psicoanálisis y el conductismo representaron las bases que darían origen a una red de enfoques psicosociales de explicación y atención a los problemas mentales que poco a poco se iban reconociendo y agrupando en clasificaciones nosológicas mejor estructuradas y más claras (Skinner, 1953; Kazdin, 1978; Lepoutre, 2014; Glas, 2003). Las terapias psicosociales parten de una explicación de la propia psicología donde los problemas serían el resultado de un desequilibrio o mal funcionamiento de algunos procesos mentales. En este sentido, las teorías fueron creando terapias concretas como la terapia psicodinámica que emanaba del psicoanálisis mientras que las terapias cognitivo-conductuales se originaban desde el enfoque conductista.

La psicología como ciencia naciente a finales del siglo XIX, le dio un giro importante a la concepción tradicional sobre la enfermedad mental ya que apostaba por una atención personal y más humana. La perspectiva psicodinámica o conductual, aunque diferentes entre sí, habían abandonado las ideas de posibles posesiones demoniacas o supuestas

piedras de la “locura”. En su lugar, desarrollaron complejas teorías explicativas que intentarían dejar atrás las peligrosas e infructuosas intervenciones que se practicaron durante mucho tiempo y que solo ponían en riesgo la integridad física e incluso la vida de la persona sin mejorar sus síntomas (Hardy, 1998; Muller, 1980). Las terapias psicosociales actuales han incorporado una variedad de diseños metodológicos para demostrar la eficacia de las intervenciones o estrategias y poco a poco se han incluido elementos de trato más humano y digno hacia las personas que reciben algún tratamiento como el respeto a la persona, la participación del paciente en el diseño de su tratamiento, la libre elección de abandonar el tratamiento, etc. (Hayes et.al., 2004; Persons, 2008).

Por otro lado, a pesar de que ya se habían utilizado alimentos o hierbas para el tratamiento de algunos problemas mentales, es hasta la década de los años 50 del siglo pasado, cuando se comienzan a producir los primeros psicofármacos que agregan una nueva perspectiva de comprensión y tratamiento, pero ahora desde la vertiente médica (Glas, 2003). El descubrimiento de diferentes psicofármacos permitió que algunos de los síntomas de las personas que acudían a consulta fueran mejorados. No obstante, la vertiente médica sufrió de constantes críticas ya que en algunos casos la persona era medicada en contra de su voluntad o inclusive los medicamentos generaban efectos secundarios de los cuales la persona se quejaba al mismo tiempo que los psiquiatras ignoraban los reportes que narraban los pacientes dando la orden de continuar con el tratamiento (McHenry, 2006).

Sin lugar a duda, el enfoque de atención era distinto ya que ahora se recurría a los medicamentos para aliviar los síntomas. Desafortunadamente, como se puede suponer, esto representa un retroceso al mal trato que se les daba a las personas ya que se les tenía en condiciones de aislamiento y, además, bajo los efectos, en algunos casos sedantes, de ciertos medicamentos que eran administrados de forma desproporcionada, obligatoria u oculta para la persona.

En síntesis, el breve recorrido histórico de algunos enfoques de atención a los problemas de salud mental presentados, revelan que aún quedan asignaturas pendientes para lograr un

equilibrio entre los aspectos técnicos y científicos para atender y aliviar los síntomas de las enfermedades mentales reconocidas con los aspectos profesionales y éticos.

1.2 Marco legal contemporáneo

Hasta el momento, se ha evidenciado que ha existido un gran esfuerzo por generar marcos de comprensión más completos y enfoques cada vez más humanistas hacia la enfermedad mental (Ramos, 2016). Desafortunadamente, la historia de la salud y la enfermedad mental también permite revelar que muchas de las personas que además de ser llamadas peyorativamente y definidas como extrañas, poseídas, lunáticas o locas, también padecían de alienaciones, ridiculizaciones y de tratos inhumanos y tratamientos forzados (Foucault, 1976). En otras palabras, las personas eran aisladas e intervenidas con tratamientos que no habían demostrado ser efectivos pero que se seguían practicando como las trepanaciones o los baños de agua fría (Shorter, 1997). Estas situaciones no brindaban un trato justo y respetuoso para las personas por lo que surgieron diversos movimientos sociales y políticos para poder enmarcar una práctica mucho más humana (Shorter, 2009).

Una preocupación importante era que los miembros de diversas áreas de la salud tuvieran un comportamiento ético y profesional hacia con sus pacientes o incluso con participantes de investigación. Precisamente, un antecedente para generar mejores prácticas profesionales en distintas disciplinas fueron los condenables experimentos durante la Alemania Nazi en contra de millones de seres humanos que generaron una indignación importante entre la comunidad científica y la sociedad en general y que fueron supervisadas por distintos órganos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), una organización que justamente se empieza a desarrollar en plena segunda guerra mundial pero que nace propiamente el 24 de octubre de 1945 (Kessler, 2007). Así, después de terminada la segunda guerra mundial, los juicios de Núremberg llevados a cabo en Alemania de 1945 a 1946 se vuelven un hito para la historia de la humanidad. Como consecuencia, por primera vez los derechos humanos serían reconocidos a través de distintos instrumentos jurídicos para

evitar futuros abusos por parte de los profesionistas en diversas disciplinas (Taylor, 1955; Koo & Ramírez, 2009).

A su vez, la Organización Mundial de la Salud (OMS) nace el 7 de abril de 1948 como un órgano de la ONU que tiene como compromiso la salvaguarda del derecho humano a la salud que sería reconocido formalmente meses después en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) que representa un documento elaborado por representantes de diferentes zonas geográficas y proclamado el 10 de diciembre de 1948 reconociendo por primera vez los derechos humanos fundamentales como la educación, la libertad o la salud en todos los países miembros de la ONU (OMS, 2014). Esta convención es el resultado de la consideración de la dignidad intrínseca e inalienable de todos los miembros de la familia humana que, al no ser reconocida en épocas anteriores, dio como resultado actos denigrantes y ultrajantes hacia la humanidad como los perpetrados hacia las personas con problemas de salud mental. La Declaración establece la importancia de la protección legal de los derechos humanos de tal forma que mujeres y hombres puedan desarrollarse de manera libre, justa y en paz (Mason, 2017; OMS, 2014).

Debido a los tratos inhumanos identificados desde siglos atrás, diferentes áreas de conocimiento y particularmente aquellas en la división de la salud tanto física como mental han incorporado a su práctica el reconocimiento de las convenciones internacionales sobre derechos humanos para orientar la actividad profesional con base en el respeto a la dignidad humana. Un avance que prometía modificar y erradicar los malos tratos hacia personas. Desafortunadamente, se han seguido registrando casos claramente violatorios de los derechos humanos que constantemente necesitan ser reflexionados para poder generar tratos más humanos del personal de la salud hacia personas con condición vulnerable como los usuarios de servicios de salud mental (Kurgman, 1986).

Precisamente, después de la Segunda Guerra Mundial, un artículo de suma importancia por la denuncia que hace a la comunidad científica en lo general y en particular hacia la investigación médica fue escrito por Henry Beecher publicado en The New England Journal

of Medicine en 1966 (Beecher, 1966) donde establece entre otras cosas que las personas con problemas de salud mental habían sido incorporadas a diversos estudios con consentimientos poco claros que levantaron muchas sospechas.

El artículo de Beecher (1966), resalta que además de los tratos inhumanos que recibían las personas con algún problema de salud mental en aras de aliviar los síntomas o de brindar un tratamiento, también han sido objeto de tratos denigrantes y altamente cuestionables en estudios de investigación donde su participación no era voluntaria y su calidad de vida se ponía en un grave riesgo. Un ejemplo de ello es el estudio en la escuela Willowbrook de 1950 a 1970 donde se quería conocer la historia natural de la hepatitis. No obstante, se forzó a que niños con discapacidad intelectual participaran en el estudio. Los padres fueron engañados sobre los procedimientos y técnicas reales que se iban a implementar. Este estudio fue claramente violatorio de los derechos humanos básicos lo que generó preocupación e indignación llevando a una mayor vigilancia en los estudios realizados en hospitales psiquiátricos (Kurgman, 1986).

1.3 Convenciones internacionales

Como se mencionó anteriormente, el estigma y la discriminación han sido dos prácticas recurrentes que han sufrido las personas con *discapacidad psicosocial*, término acuñado en 2008 para referirse precisamente a aquellas personas que han recibido un diagnóstico relacionado a un trastorno mental y que, debido a ello, han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión. El término discapacidad psicosocial representa un cambio conceptual para referirse a las personas usuarias de servicios de salud mental (Ramos, 2017; González, 2008; CNDH, 2016).

Preocupantemente, la discriminación y los tratos vejatorios, lejos de cambiar, se han modernizado perpetuando el estigma, así como las desigualdades e injusticias. Hoy en día se puede ver que a las personas con alguna discapacidad psicosocial se les han negado oportunidades laborales, discriminación en el acceso a servicios, seguros de salud y políticas

públicas (Hinshaw & Stier, 2008; Thibodeau & Amberger, 2019). Lamentablemente, la existencia de códigos de ética o legislaciones, que representan un gran avance, no garantizan la protección de los derechos humanos, la desaparición de constantes abusos físicos, sexuales o psicológicos ni tampoco en el mejoramiento de su bienestar que paradójicamente ocurren en los propios centros de salud mental (Mascayano, 2015; López, et al., 2008).

Por tanto, el esfuerzo de la ONU a través de la OMS ha estado encaminado a convocar a los países miembros para celebrar diferentes convenciones que fortalezcan los servicios para las personas que solicitan algún servicio de salud mental de tal forma que sus derechos estén reconocidos y sean respetados para evitar que se repitan los tratos inhumanos ya sea a nivel de investigación o a nivel de atención. Entre las convenciones relacionadas con la mejora en los servicios de salud mental con una perspectiva de derechos humanos se encuentran la Declaración de Caracas (1990), los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención a la Salud Mental (1991), el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (1997), los Principios de Brasilia (2005) y el Consenso de Panamá (2010). Estos convenios han tenido el objetivo de regular los servicios de salud mental que se prestan en los diferentes países miembros de la Organización de las Naciones Unidas y en particular de la Organización Mundial de la Salud.

Sumado a estos esfuerzos, en 2008 entra en vigor la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) que se compone de 50 artículos (CDPD, 2008). Como se mencionó, la Convención indica que las personas que tengan algún diagnóstico psiquiátrico son consideradas personas con discapacidad psicosocial, lo que representa un cambio muy importante en el término *enfermo mental* para cambiarlo a *persona con discapacidad psicosocial* (CNDH, 2016).

La Convención tiene el propósito de reconocer la dignidad y los derechos inherentes de todos los seres humanos para que las personas con alguna discapacidad los puedan ejercer

de manera plena y sin discriminación. Esta Convención incluye el respeto a otras convenciones para eliminar la tortura, formas de discriminación racial, la discriminación contra la mujer, eliminación contra los tratos degradantes o inhumanos, solo por mencionar algunos. Estos principios tienen el objetivo de que las personas con alguna discapacidad psicosocial puedan participar de manera plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás para evitar aquellos abusos constantes que se sufrían en épocas anteriores. La CDPD exige que los países firmantes puedan ratificar y vincular los compromisos de respeto a los derechos humanos en sus diferentes legislaturas. En este sentido, México tiene la obligación de promover, garantizar y proteger los derechos humanos de tal forma que gocen de igualdad ante la ley al ser un país miembro de la ONU y firmante de la convención.

En el caso de México, la protección de los derechos humanos está reconocida por dos vías: a nivel constitucional y gracias al principio *pro hominem* que eleva a constitucional los derechos humanos reconocidos en los tratados internacionales de los que México es país firmante independientemente de si están o no escritos en nuestra Carta Magna (López-Guerrero, 2007). De igual forma, la Ley General de Salud establece que las personas con algún problema de salud mental tienen el derecho a recibir atención médica oportuna, de calidad además de un trato respetuoso y digno en sus artículos del 72 al 77 (Cámara de Diputados, 2020).

A pesar de los avances que se han logrado y de los diferentes instrumentos jurídicos con los que cuenta México, en octubre de 2018, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) emitió un informe a propósito del mecanismo de prevención nacional de la tortura en los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal Ciudad de México y Estados de la República Mexicana construido a partir del marco jurídico actual en esta materia donde se resaltaron algunos datos alarmantes (CNDH, 2018). Se realizaron visitas a 39 hospitales psiquiátricos utilizando la Guía de supervisión a Hospitales Médico

Psiquiátricos con el objetivo de evaluar la prestación de servicios en materia de derechos humanos. Algunos resultados importantes se mencionan a continuación:

- 43.5 % de los hospitales se practica el aislamiento.
- 66.6 % de los hospitales tienen deficiencias de higiene y mantenimiento.
- En 10.2 % de los hospitales presentan una sobrepoblación.
- 25.6 % de los hospitales mostraron deficiencias de vestido y calzado para los usuarios.
- 28.2 % de los hospitales cuenta con ingresos obligatorios (por orden judicial).
- 20.5 % de los hospitales permiten el ingreso involuntario.
- 35.8 % de los hospitales no garantizan una estancia digna y segura que evite abusos físicos o sexuales.
- En 38.4 % de los hospitales presentaron factores de riesgo en cuanto a la comunicación con el exterior.
- 7.6% de los hospitales tienen deficiencias en la integración del expediente clínico.
- En 32 de los 39 hospitales visitados fueron observadas deficiencias en programas preventivos, equipo médico y medicamentos.
- En 79.4% de los hospitales el personal es insuficiente.

En síntesis, el Mecanismo Nacional de Prevención de Tortura hace evidente los avances que se han logrado, pero también los factores de riesgo en los hospitales psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal, Ciudad de México y Estados de la República Mexicana. Además, demuestra que no se están cumpliendo con los derechos reconocidos en nuestra Constitución Política y hay claramente una asignatura pendiente para eliminar las prácticas degradantes e inhumanas hacia los usuarios de servicios de salud mental.

Parece pertinente en este punto generar una reflexión y resaltar los avances que se han logrado en este camino por entender el binomio salud-enfermedad mental y la protección a los pacientes que padecen alguna de las enfermedades descritas en los manuales

aceptados internacionalmente. Desde luego que alrededor del mundo hay muchas personas preocupadas por el bienestar de las personas que son usuarias de servicios de salud mental. Entre ellos están los propios profesores en universidades y en hospitales y por supuesto, los mismos estudiantes algunos de los cuales pueden ser las y los residentes de psiquiatría. Gracias a esto, se han podido elaborar desde códigos de conducta y reglamentos en hospitales hasta convenciones internacionales que han sido impulsados desde los propios usuarios y profesionales y que sirven como perímetros normativos-legales para poder asegurar un trato digno y respetuoso para personas con alguna discapacidad psicosocial.

Por lo anterior, cabe preguntarse ¿qué es lo que hace falta para lograr una práctica más humana? ¿Qué participación pueden tener los residentes de psiquiatría quienes son los que frecuentemente se encuentran prestando sus servicios profesionales en dichos hospitales? ¿Qué respuesta nos puede dar la bioética en este contexto?

2. PROFESIONALISMO Y EDUCACIÓN MÉDICA EN PSIQUIATRÍA

2.1 *Introducción*

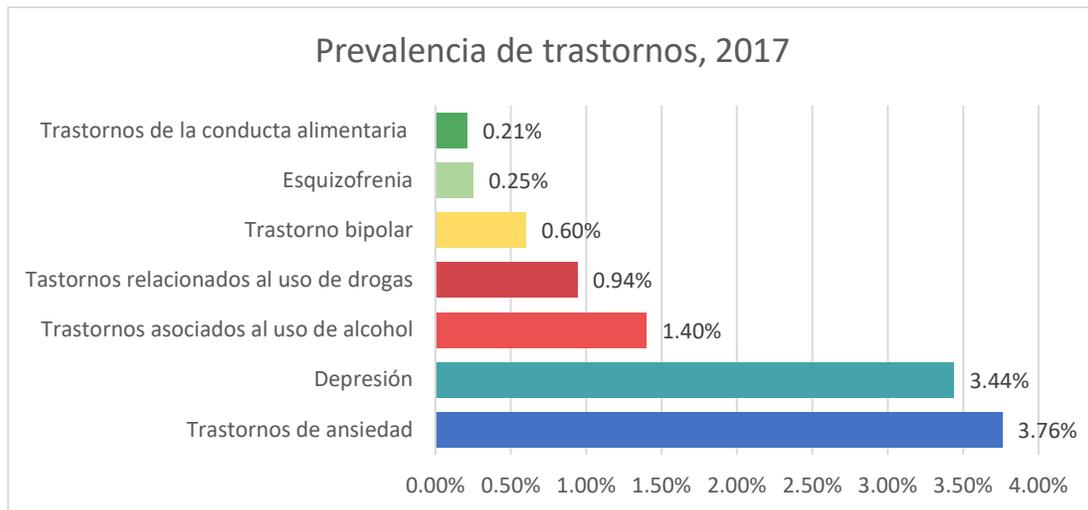
En la actualidad, hay cerca de 50 diagnósticos descritos en las dos clasificaciones más empleadas alrededor del mundo: El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5 por sus siglas en inglés) (American Psychiatric Association, 2013) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2019). Los problemas de salud mental son experimentados por cerca de 10.7% de personas en el mundo y entre los diagnósticos más prevalentes están la ansiedad, la depresión y los trastornos relacionados con el uso y abuso de sustancias (Fig.1) (Ritchie & Roser, 2018).

Como se mencionó en los antecedentes de este trabajo, la preocupación por entender y atender los trastornos mentales ha producido un catálogo extenso de perspectivas, modelos, teorías para aproximarse a este fenómeno tan complejo que hoy en día sigue afectando a la población en general. A pesar del intento por alejarse de prácticas inhumanas identificadas en siglos pasados hacia las personas con algún problema de salud mental, en la actualidad se siguen reportando problemas como el estigma, la discriminación, la falta de respeto por su autonomía, entre otros temas que son cometidos por la población en general (Schomerus et al., 2012; Aznar-Lou et al., 2016) y por profesionales de la salud (Pinto et al., 2020).

El estigma es un constructo multidimensional, cognitivo y conductual. Desde la dimensión cognitiva comprende los estereotipos (el conocimiento de cierto grupo social) y el prejuicio (la actitud hacia ese grupo social). Por otro lado, la discriminación representa la expresión conductual que resulta de la combinación de los estereotipos con el prejuicio (Corrigan & Shapiro, 2010). Como se ha mencionado, hoy en día, uno de los problemas constantes que

las personas con algún diagnóstico dentro del área de la salud mental padecen es el estigma (Aznar-Lou et al., 2016; Eylem et al., 2020).

Fig. 1 Trastornos mentales y su prevalencia



Fuente: (Ritchie & Roser, 2018).

Las dimensiones del estigma tienen que ver con la responsabilidad de las personas de su enfermedad, la necesidad de sentir lástima por ellas, el enojo que producen las enfermedades mentales en las personas, su peligrosidad, la necesidad de que reciban atención todo el tiempo y que además sean evitadas y segregadas de la sociedad. En estudiantes, estos dominios pueden expresarse de manera positiva a través de diferentes intervenciones como la educación, el contacto y el involucramiento en la defensoría de las personas con problemas de salud mental (Evans-Lacko et.al., 2012; Gronholm et.al., 2017; Pinto et.al., 2020).

Los esfuerzos educativos son importantes, pero aún quedan pendientes por lograr ya que los temas alrededor del estigma tienen que ver con la propia naturaleza percibida por la sociedad en general de los trastornos mentales. Es decir, de acuerdo con algunos estudios, entre la sociedad en general existe un rango amplio de explicaciones sobre los orígenes de

los problemas de salud mental que se pueden agrupar en causas biomédicas (p.ej. desbalance neuroquímico), de eventos personales en la vida (p.ej. eventos traumáticos en la infancia), estructurales (p.ej. pobreza), relacionados a la modernidad (p.ej. materialismo/consumismo) y espirituales (p.ej. “pobreza espiritual”) (Youssef & Deane, 2013; Leavey, 2010; Leavey et al., 2016; Aramouny et al., 2020). Todos ellos pueden de alguna u otra forma fomentar y mantener el estigma hacia las personas con problemas de salud mental, por ejemplo, pensar que las personas son peligrosas debido a la naturaleza tan impredecible de su padecimiento o que los hospitales deben ser centros de control social como ocurría desde hace siglos (Newman et al., 2015).

El estigma y la discriminación son dos temas que regularmente enfrentan las personas con algún diagnóstico dentro del área de la salud mental, no siendo los únicos. (de la Fuente & Heinze, 2014). Además de ello, existen una serie de problemas (con implicaciones éticas) adicionales a estos dos que requieren de un análisis cuidadoso en el área de salud mental por parte de médicos y residentes de psiquiatría (Metha & Thornicroft, 2010; Helmchen & Sartorius, 2010).

Temas como la validez del consentimiento informado de las personas con problemas de salud mental (Helmchen, 2010a), su capacidad de rechazar un tratamiento (Atkinson, 1991), la verdadera utilidad del medicamento que se prescribe (p.ej. ¿mejora los síntomas o solo controla a la persona?) (Shorter, 2009), la confidencialidad de la información que el paciente revela (McClelland, 2010) o el internamiento involuntario (Szmukler, 2010; Maldonado-Castellanos & Martínez, 2021) son apenas otras fuentes de discusión y análisis ético. Dependiendo la metodología empleada para resolverlos y de la respuesta en sí misma, esto puede resultar en algún trato no adecuado o poco profesional hacia el usuario de servicios de salud mental ya que puede entrar en conflicto con las expectativas, valores, creencias o cosmovisiones del paciente y del profesional de la salud. Sin duda, se necesitan cambios en la forma de atención desde la perspectiva de los usuarios de servicios quienes han narrado y expuesto sus experiencias (Newman et al., 2015).

Este contexto levanta una serie de interrogantes sobre los pendientes que se tienen para lograr una práctica más profesional y ética dentro de los hospitales psiquiátricos hacia los pacientes ya que, si bien es cierto que la sociedad sostiene creencias y actitudes de estigma o discriminación que son fuente de malos tratos hacia los pacientes (Youssef & Deane, 2013; Leavey et al., 2016; Aramouny et.al., 2020; Eylem et al., 2020), diversos esfuerzos se han hecho a lo largo del mundo por cambiar esta situación (Gronholm et al., 2017; Pinto et al., 2020). Además de ello, se ha prestado atención a los propios profesionales de la salud mental para lograr los resultados deseables en el trato hacia los usuarios de servicios de salud mental y eliminar el estigma y la discriminación que aún subsisten (de la Fuente & Heinze, 2014). En este trabajo, es de particular interés los residentes de psiquiatría ya que ellos conforman el mayor número de profesionales dentro del grupo de disciplinas del área de la salud mental en los hospitales psiquiátricos (p. ej. psicología, enfermería psiquiátrica, trabajo social).

2.2 Educación médica, contexto hospitalario y residencia en psiquiatría

En la actualidad, los residentes de psiquiatría son los operadores principales en el área de la salud mental junto con otros profesionales como enfermeras psiquiátricas o psicólogos quienes, a través de un complejo sistema educativo, adquieren las competencias y habilidades necesarias para brindar una atención profesional a los usuarios de los servicios de salud mental. El camino para lograrlo ha sido bastante difícil y ha representado un gran reto. Por ello, es importante exponer los antecedentes sobre la educación médica y las transformaciones que se han presentado a lo largo de los años de esta disciplina. En concreto, es de interés la educación sobre profesionalismo y ética que reciben los residentes de psiquiatría en nuestro país.

2.2.1 Breve historia de la enseñanza de la medicina

Dentro del breve repaso histórico, se puede empezar esta exposición mencionando que la formación de los médicos en América tuvo una influencia desde lo que se practicaba en

Europa. Por ejemplo, en el viejo continente, posterior al medioevo, no existían cursos fijos, sino que la educación era básicamente a través de conferencias y demostraciones informales, principalmente en anatomía que se realizarían incluso hasta 1750 (Flexner, 1910). Se hacían exámenes a los candidatos quienes tenían que defender teoremas e incluso una pequeña tesis, basados en los trabajos de Hipócrates o Galeno. Posteriormente, ya a principios de los 1800, los candidatos podían acceder al grado de doctor. Para mantener el grado se tenía que pasar tiempo en el contexto académico a través de prácticas como la enseñanza y la investigación (Custers & Cate, 2018).

A partir de la Revolución Francesa cambió la educación médica ya que se volvió exclusivamente académica. Las autoridades gubernamentales tomaron el control de la calidad de la educación de los médicos que tuviera como objetivo el bienestar público más que los intereses personales de los médicos. El grado académico era tanto suficiente como necesario para poder ejercer la medicina (Custers & Cate, 2018).

En muchos países, la duración de la educación médica era variable. Es decir, los cursos tenían que ver con el presupuesto de los estudiantes quienes avanzaban a su propio ritmo de acuerdo con el número de cursos que podían tomar. Asimismo, la logística dentro de la formación de los médicos estaba a cargo de los maestros que tenían más experiencia y dominio de los temas. Ellos dictaban las conferencias, seminarios o cursos para los alumnos y se encargaban de organizar el currículo médico (Custers & Cate, 2018).

Esto ocurrió así hasta principios de los 1800 ya que muchos países empezaron a regular legalmente la duración de las diferentes carreras universitarias que se ofertaban de manera oficial incluida la medicina (Flexner, 1910). Es importante decir que la educación médica fue cambiando para poder obtenerse una acreditación oficial y así poder ejercer como médico. La educación médica tenía una duración variable, los cursos eran planeados por los profesores y las acreditaciones oficiales se iban logrando conforme los gobiernos legislaban para tal efecto (Custers & Cate, 2018).

En este contexto, la educación médica se centraba más en lograr las habilidades y técnicas necesarias para poder aliviar a los pacientes. Es decir, se centraban en la capacidad que tenía el estudiante de dominar los diagnósticos, tratamientos e intervenciones necesarias que cambiarían a medida que la ciencia avanzaba (Flexner, 1910; Custers & Cate, 2018). Incluso, en ocasiones cuando no se otorgaban grados, la reputación de cómo el estudiante había manejado ciertos casos, era lo que generaba la confianza para seguir practicando (Custers & Cate, 2018).

Los temas asociados a la formación ética de los médicos estaban fundamentados principalmente en las prohibiciones legales, es decir, lo que no podían hacer porque era considerado un crimen o un delito. De igual forma, tenían acceso a reflexiones por parte de médicos quienes escribían sobre asuntos éticos (Cfr. Percival, 1803), sin embargo, los cursos eran realmente escasos. Esto cambió a partir de los 1900 cuando se empezaron a elaborar códigos, normas y reglamentos entre otras normatividades, que configuraban la formación y práctica de los médicos (Custers & Cate, 2018).

Finalmente, tenemos que en Estados Unidos la primera residencia oficialmente establecida fue en el Hospital Johns Hopkins que estableció su primera escuela de medicina en 1898 por William Osler donde se estableció una jerarquía con internos, residentes y el jefe de residencia quien estaba en el cargo hasta por ocho años (Flexner, 1910; Custers & Cate, 2018).

2.2.2. Breve historia de la enseñanza de la medicina en México

Ahora bien, es importante contextualizar este recorrido histórico en México. La Real y Pontificia Universidad de México que se funda en 1553 incorpora médicos que venían fundamentalmente de ciudades europeas. Estos médicos convivían con los médicos indígenas que tenían una importancia social en el México novohispano. Por ejemplo, en 1566 Fray Bernardino Álvarez fundaría el Hospital de San Hipólito (de la Fuente & Heinze,

2014). Para 1570 surge la necesidad de formar médicos en México a través de La Real y Pontificia Universidad de México (Mirador Universitario UNAM, 2020; Colegio Médico de México A.C., 2019a).

La medicina indígena tuvo un alcance tal que actualmente se le conoce como la medicina invisible, es decir, una práctica que ya se realizaba desde antes de la conquista y que incluso hoy en día se sigue practicando. Es importante mencionar que en 1552 se publica el Códice de la Cruz-Badiano (*Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*) sobre la función de las ideas europeas con el uso de las plantas medicinales en América (Mirador Universitario UNAM, 2020).

Las primeras cátedras tenían dos vertientes, la cátedra de prima que era sobre anatomía y fisiología y la cátedra de vísperas donde se hablaba del concepto europeo de enfermedad, es decir, la medicina hipocrática (Colegio Médico de México A.C., 2019a). La primera cátedra es el 1 de enero de 1579 a cargo del doctor Juan de la Fuente. Hasta el siglo XVII solo era un profesor el que dirigía la educación, pero poco a poco se fueron incorporando más profesores a las cátedras (Mirador Universitario UNAM, 2020).

La educación continuó con diversas modificaciones y en 1833 se crea el establecimiento de Ciencias Médicas que en 1903 se le llamaría Escuela Nacional de Medicina ubicada en el Antiguo Palacio de la Inquisición (Colegio Médico de México A.C., 2019a). Otro evento importante en la medicina mexicana es que, a partir del siglo XIX, los médicos empiezan a practicar en los hospitales que desde la época de la colonia eran instituciones religiosas (Mirador Universitario UNAM, 2020). Es importante decir que al igual que pasaba en Estados Unidos o en Europa, los cursos específicamente sobre ética médica eran escasos, pero poco a poco se irían configurando. Mas adelante se hablará de este punto.

En 1910 se funda la Universidad Nacional de México que posteriormente sería la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a partir de 1929 por Decreto del presidente Emilio

Portes Gil. Asimismo, en 1938 se formaliza el primer servicio social de la Escuela de Medicina. Posteriormente el 21 de abril de 1960 cambiaría a la Facultad de Medicina de la UNAM misma que modificaría su sede a Ciudad Universitaria después de haber estado en el edificio de la Santa Inquisición (Colegio Médico de México A.C., 2019b; León-Bórquez et al., 2018). La transformación de escuela a facultad se debe a que la facultad puede ofrecer posgrados. Así, después de una serie de avances en investigación, publicaciones y cátedras, la evolución de la enseñanza de la medicina se fue organizando de manera más sistemática (Mirador Universitario UNAM, 2020).

2.2.3 Enseñanza de la medicina en la actualidad

Actualmente en México, la educación médica abarca más de 140 facultades y escuelas de medicina tanto públicas como privadas, con sus propios programas curriculares. Estos programas académicos se pueden agrupar en una educación inicial en ciencias básicas, seguida de las prácticas clínicas, las rotaciones, las residencias, los posgrados, las maestrías y los doctorados. Es importante recalcar que cerca del 50% de los estudiantes de posgrado en medicina están inscritos en la Universidad Nacional Autónoma de México (Akaki Blancas & López Barcena, 2018).

Asimismo, el Sistema Nacional de Residencias Médicas está regulado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos (CIFRH) para la Salud dándole una estructura más uniforme. Los aspirantes de hecho deben completar y pasar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas. La CIFRH está integrada por instituciones como la Secretaría de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Universidad Nacional Autónoma de México, el Instituto Politécnico Nacional, la Academia Nacional de Medicina de México, la Asociación Nacional de Hospitales Privados, entre otras instituciones (Akaki Blancas & López Barcena, 2018).

Ahora bien, se ha documentado que en México aún existe un pendiente ya que el número de especialistas no es el suficiente para cubrir las necesidades del país y está por debajo del número recomendado internacionalmente (Heinze-Martin et al., 2018).

Tabla 1. Diez especialidades con mayor número de plazas

Especialidad	Mexicanos	Extranjeros
Medicina familiar	1636	12
Medicina interna	1047	60
Anestesiología	773	55
Pediatría	770	56
Ginecoobstetricia	698	36
Cirugía general	670	51
Medicina de urgencias	615	17
Traumatología y ortopedia	319	26
Imagen diagnóstica y terapéutica	303	38
Psiquiatría	156	17
Resto de las residencias	824	

Fuente: (Akaki Blancas & López Barcena, 2018).

Durante todo el proceso de formación de los médicos que comprende el ingreso a una escuela de medicina acreditada, la formación en licenciatura, el proceso de titulación, la formación de posgrado, las especialidades, las certificaciones y recertificaciones, los programas de maestría y doctorado y la educación médica continua (Akaki Blancas & López Barcena, 2018). Los programas tienen una duración que oscila entre los seis años y hasta los siete dependiendo de la escuela y la acreditación que se quiera conseguir. Se ofrecen dos orientaciones principales, por un lado, la tradicional desde el modelo *flexneriano* y la

modular que se organiza por sistemas, ambas con una duración de cuatro años (León-Bórquez et al., 2018).

Los estudiantes aprenden clínica en los primeros cuatro años en hospitales tanto públicos como privados. Los hospitales presentan una diferencia en cuanto a número de estudiantes que pueden estar ahí, así como en los turnos para cubrir las demandas. A partir del quinto año se realiza un internado rotatorio que se realiza en hospitales públicos y privados donde los estudiantes reciben entrenamiento en los servicios de cirugía, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna, medicina familiar y urgencias médicas. Para el sexto año se comprende el servicio social de pregrado que puede ser a través de la atención en hospitales, docencia e incluso investigación (León-Bórquez et al., 2018).

Una vez que el estudiante pasa los cuatro años de formación básica, aprobó el internado y cumplió su servicio social puede realizar su examen profesional. La titulación le permite obtener una licencia para poder ejercer la medicina (cédula profesional). Asimismo, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina ha establecido la acreditación obligatoria desde una escuela de medicina y la reacreditación periódica, así como la instauración de una evaluación nacional que permita corroborar que el estudiante tiene las competencias profesionales para el ejercicio profesional. La mayoría de los egresados presenta el Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) que organiza la Secretaría de Salud (León-Bórquez et al., 2018).

Como se comentó, el posgrado incluye básicamente las maestrías, los doctorados y las especialidades médicas bajo el esquema de residencias. Desde 1998 existe el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud (PMDCMOS). Es importante decir que este modelo integra diversas especializaciones, por ejemplo, cuando desapareció la maestría en psiquiatría se integró a la maestría y doctorado en ciencias médicas. Estos posgrados no preparan en habilidades clínicas, sino que se orientan a la formación de investigadores (León-Bórquez et al., 2018).

En cuanto a las residencias médicas, fue en 1942 bajo la dirección del Dr. Gustavo Baz Prada, que se instauró la primera residencia moderna en México. Después de una serie de cambios, en la planeación académica los estudiantes mejor preparados que demuestran sus habilidades en el ENARM pueden acceder a una especialidad médica. Cuando los estudiantes concluyen su especialidad, no se entrega una licencia o cédula profesional, sino que se entrega cuando el consejo de especialidad manifiesta una opinión favorable a la Secretaría de Educación Pública, organismo con la facultad de expedirla. Los consejos son avalados por la Academia Nacional de Medicina y regulados por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (León-Bórquez et al., 2018).

Actualmente, hay 10 graduados por cada 100 mil habitantes que es cercana a la media de 12 dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (León-Bórquez et al., 2018). A pesar de los avances en la estructura académica, se ha evidenciado la necesidad de poner énfasis en políticas públicas que permitan mejorar la educación médica en nuestro país (Fajardo-Dolci et al., 2019; León-Bórquez et al., 2018).

2.2.4 Enseñanza de la psiquiatría en México: panorama global

Con estos antecedentes, es importante centrarse en la enseñanza de la psiquiatría en México para fines del presente trabajo. Un evento distante importante fue que en 1566 Fray Bernardino Álvarez funda el Hospital de San Hipólito que fue el primero en América destinado al cuidado de los enfermos mentales que frecuentemente eran abandonados por sus familiares, deambulaban por las calles y en casos especiales eran encerrados en espacios al amparo de alguien compasivo (de la Fuente & Heinze, 2014). Además de ello, se puede mencionar como cuna de la psiquiatría pública mexicana a La Castañeda, primer manicomio inaugurado por el presidente Porfirio Díaz meses antes de que estallara la Revolución Mexicana (de la Fuente & Heinze, 2014).

Tal como se expuso en la sección de antecedentes, los conocimientos sobre las enfermedades mentales eran realmente limitados, así como los recursos terapéuticos lo cual mantenía prejuicios hacia esta población que lamentablemente aún subsisten (de la Fuente & Heinze, 2014).

Aunque en 1783 Pinel en Francia había liberado de las cadenas a los pacientes en el asilo de *Bicêtre*, el acto no tuvo un impacto inmediato ya que se seguían practicando baños de agua fría o sujeción con camisas de fuerza. Quizás donde se puede observar un avance fue en la nosología psiquiátrica que permitió reconocer los diagnósticos de manera más sistemática, aunque la terapéutica seguía siendo un pendiente (de la Fuente & Heinze, 2014).

Mientras tanto, en Europa a principios de los 1900 y como consecuencia de la Guerra Civil Española, muchos médicos tuvieron que salir de su país para continuar su desarrollo profesional. Como personajes importantes, se pueden mencionar a Gonzalo Lafora, Wenceslao López Alvo y Federico del Roncal, quienes perfeccionaron las habilidades clínicas dentro del área de la salud mental en nuestro país. Es en 1946 que Raúl González Enríquez funda la primera Unidad de Psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social. Asimismo, Samuel Ramírez Moreno fue el primer director de Salud Mental en la Secretaría de Salubridad y Asistencia que estuvo al pendiente de los avances de la psiquiatría en Europa y Estados Unidos (de la Fuente & Heinze, 2014).

Para 1952, Raoul Fournier Villada quien era director de la Facultad de Medicina de la UNAM, prepara los programas de enseñanza en neurología y psiquiatría. En 1955 se crea en la propia Facultad de Medicina el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental como parte de la enseñanza en medicina con sentido psicológico y humanístico. Entre 1960 y 1970 se establece una red de 11 hospitales que sustituyen al sobrepoblado manicomio general. Destacan el Hospital Fray Bernardino Álvarez y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro que tuvieron funciones académicas y de atención a usuarios. En 1970, Ramón de la Fuente Muñiz fundador de la psiquiatría moderna en México crea el primer servicio

abierto de psiquiatría en el Hospital Español de México. El profesor de la Fuente preparó a un gran número de psiquiatras en la Facultad de Medicina. Fundó en 1966 la Asociación Psiquiátrica Mexicana y posteriormente el Consejo Mexicano de Psiquiatría. Finalmente, en 1979 fundó el Instituto Mexicano de Psiquiatría que ahora lleva su nombre como Instituto Nacional de Psiquiatría. Además de ello, crea la revista científica *Salud Mental* (de la Fuente & Heinze, 2014).

Dentro de los eventos importantes relacionados a la enseñanza de la psiquiatría tenemos las clases del doctor Miguel Alvarado que era director del hospital para enfermos mentales a fines del siglo XIX. El primer curso de psiquiatría en el sexto año de la carrera de medicina es impartido por José Meza Gutiérrez en 1922. Las primeras residencias en psiquiatría inician en La Castañeda en 1948 y ya para 1951 se establece un curso formal de Psiquiatría en la UNAM con duración de dos años. Asimismo, la enseñanza en psiquiatría enfrenta el reto de permanecer actualizada conforme la ciencia avanza para poder comprender de mejor manera los trastornos mentales al mismo tiempo se incorporan los mecanismos necesarios para la protección de los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental (de la Fuente & Heinze, 2014).

En la actualidad, el curso de especialización en Psiquiatría tiene una duración de cuatro años y se imparte en 22 instituciones como el Hospital Psiquiátrico de Campeche, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez, el Hospital Psiquiátrico Morelos, el Hospital Civil de Guadalajara, el Hospital Psiquiátrico del IMSS, el Hospital de Alta Especialidad de Salud Mental en Tabasco o el Hospital Psiquiátrico de Yucatán, por mencionar una lista parcial. Estas instituciones están respaldadas por 16 universidades tales como la Universidad Autónoma de Baja California, la Universidad Juárez del Estado de Durango, la Universidad de Guadalajara, la Universidad Autónoma de Nuevo León, la Universidad de Sonora o la Universidad Autónoma de Tamaulipas, entre otras más. Todos los cursos están en armonía con el Plan Único de Especialidades Médicas de la UNAM (de la Fuente & Heinze, 2014).

Recientemente se han realizado estudios sobre el número de psiquiatras en nuestro país. En 2011 había 3823 psiquiatras con una tasa de 3.4 por cada 100 mil habitantes. Para el 2016 el número aumentaría a 4393 con una tasa de 3.68 por cada 100 mil habitantes. La tasa nacional ha aumentado en comparación con otros años, pero aún está por debajo de lo recomendado por la OMS que se ubica entre 6.6 y 7.47 (Heinze et al., 2016).

Pues bien, como se puede observar, el camino histórico que ha atravesado la psiquiatría como subespecialidad de la medicina ha permitido que haya una configuración más organizada en cuanto a los objetivos académicos y planes de estudio. Asimismo, la investigación ha cambiado la psiquiatría en los últimos años alejándose de una disciplina menos especulativa a una más científica (de la Fuente & Heinze, 2014; Heinze et al., 2016).

2.3 Profesionalismo

Se sabe que la educación médica inicial y las residencias médicas tienen como meta el profesionalismo mediante la incorporación de un contenido curricular asociado a diferentes temas como la ética médica y las humanidades, idea que ya había desarrollado hace un siglo Abraham Flexner, quien fue un educador en medicina a inicios del siglo XX (Boelen, 2002; de la Garza et al., 2017; Flexner, 2002).

La experiencia ha mostrado que la incorporación de la ética médica y las humanidades en la educación médica ha permitido una transformación en los estudiantes de medicina de nivel inicial, pero también de especialización como son las residencias (Doukas et al., 2013). A pesar de que la ética médica y las humanidades representan dos grandes temas entre muchos otros que han sido incorporados a la educación médica en sus diferentes etapas, también se han abarcado desde disciplinas más completas como lo es la bioética.

Precisamente, como área multidisciplinar, la bioética ha permitido englobar una serie de situaciones, casos, contextos, problemas o temas que exigen reflexiones y respuestas éticas

sofisticadas por parte de diferentes profesionales de la salud y en particular, de los psiquiatras para evitar los tratos inhumanos hacia los usuarios de servicios de salud mental. En el contexto de la salud mental se espera que los residentes de psiquiatría integren durante su formación profesional una serie de conocimientos científicos y habilidades técnicas, pero también éticas para poder lograr una práctica considerada como profesional y ética con sus pacientes dentro y fuera de los hospitales que permita fortalecer la relación médico-paciente (Newman et al., 2015; de la Garza, et. al. 2017).

Estos centros tienen el propósito de ser lugares para brindar atención con altos estándares que respondan a una de las necesidades sociales más importantes como lo es el cuidado de la salud mental. Pero la pregunta continúa, ¿Cómo se sabe que realmente estos centros brindan atención centrada en el paciente? (Epstein & Street, 2011).

El profesionalismo representa una preocupación tanto para los médicos como para el público en general, ya que hay un contrato social implícito donde la sociedad participa brindándole la confianza a los médicos para emplear los conocimientos que poseen en la búsqueda del bienestar de los individuos y poderlos aplicar en la propia comunidad. Se han llevado a cabo diversos esfuerzos por incorporar el profesionalismo en las escuelas de medicina (Cruess et al., 2014). Desde 1999, la Asociación Americana de Colegios de Medicina (Association of American Medical Colleges, AAMC) ha recomendado que el profesionalismo se incluya en los planes de estudio de la educación médica (Byszewski et al., 2012). Asimismo, el profesionalismo representa una de las seis competencias del Consejo de Acreditación para la Educación Médica (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) (Larkin et al., 2002).

A pesar de la importancia que se le ha dado al concepto de profesionalismo dentro de la educación médica, su definición es un tanto problemática debido a su propia naturaleza dinámica que refleja una amplia gama de conductas por parte de los médicos (Jauregui et al., 2016; Misch, 2002). La ACGME comprende seis dominios del profesionalismo: excelencia

clínica, humanismo, responsabilidad, altruismo, deberes y servicio, honor e integridad (respeto por otros).

Para algunos autores, el profesionalismo se refiere a aquella prestación de servicios de altos estándares con bases técnicas, científicas y éticas (Bhugra & Malik, 2011). Estas bases se aprenden por diferentes medios, desde la preparación formal de los estudiantes hasta aquellos conocimientos que se transmiten de manera informal pero que también son clave en su formación. Es decir, se ha reconocido que no hay una forma única de transmitir conocimientos. Existen diversas técnicas formales e informales (estrategias pedagógicas) para enseñar a los estudiantes de las diferentes áreas médicas ciertas habilidades o conocimientos, justamente como el profesionalismo (Hafferty & O'Donnell, 2014).

En ocasiones, el profesionalismo se ha descrito en términos muy abstractos e idealistas, por ello, el concepto se describe mejor mediante sus dimensiones que lo componen y que son enseñados a través de modelos o ejemplos a seguir como pueden ser profesores u otros colegas de grados superiores (Jauregui et al., 2016).

Poco a poco, la educación médica se ha ido reformulando para desarrollar una identidad del profesional de la salud. Tradicionalmente, esta educación se ha enfocado en proporcionar las herramientas adecuadas de conocimientos y habilidades técnicas de altos estándares científicos que son transmitidas a personas que originalmente son miembros del público en general pero que, a lo largo de un proceso de formación sistemático, se transforman en médicos profesionales (Cruess et al., 2014).

De acuerdo con Bhugra y Malik (2011) el profesionalismo es un conjunto amplio y diferente de habilidades teóricas, técnicas y éticas que un miembro de una disciplina posee y muestra. Por tanto, no es posible que este constructo se vea de manera rígida como un grupo de conocimientos, actitudes o habilidades particulares, sino que se compone de una paleta flexible pero compleja de conductas (Misch, 2002).

Es importante mencionar que este despliegue de conductas y saberes – profesionalismo - se asimila a través de factores como los valores de la propia disciplina, las condiciones organizacionales/educativas y los factores individuales de los profesores y aprendices (Khalajinia et al., 2020). Dicho de otro modo, empieza desde la escuela de medicina en el pregrado y se extiende durante la formación del médico en los niveles de posgrado (Bhugra & Malik, 2011).

Para Cruess et al., (2014), el profesionalismo se conecta con la identidad profesional en un proceso de socialización dentro de las instituciones donde sigue su formación como residente o donde ya se ha incorporado formalmente al ámbito laboral. Es decir, el profesional de la salud se prepara en diferentes etapas de su formación para poder lograr las competencias necesarias que se esperan de un médico, estas habilidades pueden ser epistémicas, técnicas y éticas.

Los componentes clave del profesionalismo tradicionalmente se transmiten por diferentes vías de la educación formal como pueden ser materias, cursos, talleres, diplomados, conferencias o seminarios. Sin embargo, también hay un proceso de transmisión a través del contacto con colegas, profesores, pacientes o personal administrativo que va formando la forma de poner en práctica dichos conocimientos en la práctica cotidiana del médico o del residente. Esta interacción dentro de los hospitales con diferentes profesionales de otras disciplinas, van moldeando la idea de lo que es un profesional de la salud. Por tanto, el profesionalismo está conectado con la idea de que los médicos graduados piensen, actúen y se sientan como médicos de acuerdo con las ideas recibidas dentro de su proceso de socialización y formación en las instituciones donde estudian o laboran (Cruess et al., 2019).

Desde luego, se han elaborado diferentes aproximaciones sobre lo que se puede comprender como profesionalismo (concepto que está en constante revisión y cambio) (Henry et al., 2021). Para Miller (1990) las habilidades de un profesional estaban asociadas a cuatro dimensiones: los saberes, el saber cómo, el mostrar cómo, y las conductas

(acciones). Más recientemente, Cruess et al. (2016), realizaron una enmienda al modelo agregándole el componente de la identidad profesional (Tabla 2).

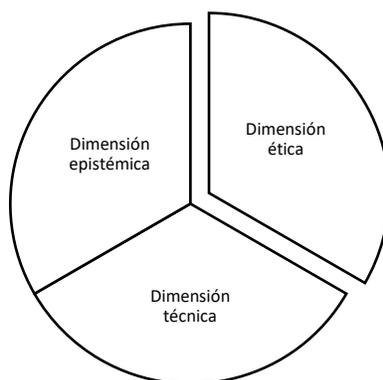
Tabla 2. Modelo de Miller enmendado por Cruess et al. 2016.

Ser (identidad)	Demuestra valores actitudes y conductas que se esperan de un médico.
Conductas (acciones)	Conscientemente demuestra las conductas que se esperan de un médico.
Mostrar cómo (desempeño)	Demuestra las conductas que se esperan de un médico bajo supervisión.
Saber cómo (Competencia)	Sabe cuándo las conductas son apropiadas.
Conocimientos (conocimiento)	Conoce las normas de conducta esperadas de un médico.

Fuente: Cruess et al., 2016.

Como se ha visto, los factores que constituyen el profesionalismo no son estáticos y el concepto en sí mismo es multidimensional. Su enseñanza conviene a la sociedad en general, a la medicina como profesión y a las instituciones donde estudian o laboran los médicos para lograr una confianza entre sociedad y médicos. La importancia que tiene la enseñanza del profesionalismo en las escuelas de medicina en sus diferentes etapas es indudable (Cruess, 2006; Cruess & Cruess, 2006) y sus componentes se pueden englobar en tres grupos importantes: la dimensión técnica, la dimensión epistémica y la dimensión ética (Fig 2).

Fig. 2 Dimensiones del profesionalismo



Fuente: elaboración propia.

Para fines del presente estudio, es relevante poner el foco de atención en la dimensión ética como uno de los tres componentes principales del profesionalismo, que será abordado, dejando fuera los otros componentes: epistémico y técnico, por no ser parte del interés de este trabajo.

Ahora bien, dentro de la dimensión ética, existen enfoques como la ética o la deontología médicas que generan marcos explicativos sobre cómo deben comportarse los médicos para ser considerados como profesionales. En la actualidad, se ha sumado la bioética que ha tenido una participación importante en este rubro ya que la propia práctica de los médicos se ha hecho más compleja por el advenimiento de recursos tecnocientíficos complejos necesitando del diálogo entre profesionales de distintas disciplinas para resolver problemas que tradicionalmente eran abordados únicamente por la ética médica como la confidencialidad, el respeto, los derechos de los pacientes, los tratos dignos hacia los pacientes o la toma de decisiones éticas en medicina. (Khalajinia et al., 2020).

Para el caso del área de la salud mental, el profesionalismo se describe como un conjunto de comportamientos que se expresan a través de la prestación de un servicio de alto estándar técnico, científico y ético que supera el simple hecho de volverse experto en el área

de la salud mental y la psicopatología, ya que ser experto no se considera igual a ser profesional (Bhugra & Malik, 2011).

Desde la dimensión ética, el profesionalismo abarca un conjunto de valores que se expresan en las conductas de los profesionales. Así, valores como el respeto, la integridad y la honestidad han sido percibidos por estudiantes de medicina como componentes importantes del profesionalismo (Byszewski et al., 2012). Estos valores se traducen en acciones que están asociadas a prácticas profesionales y éticas en los médicos que se han ido configurando desde hace siglos y permiten fomentar la confianza del público hacia los profesionales de la salud (Bhugra & Malik, 2011).

La psiquiatría es una disciplina donde se exigen diferentes habilidades técnicas, científicas y éticas¹. Los médicos y en especial los residentes de psiquiatría constantemente deben tomar decisiones que incluyan los tres elementos para poder decir que su práctica es profesional. De hecho, dentro de los estudios del profesionalismo, se considera que la sabiduría práctica es el valor central ya que une las virtudes tanto morales como intelectuales (Bhugra & Malik, 2011).

Finalmente, debido a que no hay un consenso dentro de la literatura internacional sobre lo que se entiende definitiva o unívocamente como profesionalismo, la definición que se ha creado para fines del presente estudio es: la prestación de algún servicio complejo a la sociedad como la medicina, con altos estándares de dominio en los niveles técnico, teórico y ético, que han sido reconocidos por la comunidad epistémica pertinente.

Así, la importancia que tiene el profesionalismo para la medicina misma, para la psiquiatría y para la sociedad en su conjunto, ha motivado estudios que develan los avances y

¹ Para fines del presente estudio, dentro del componente ético del profesionalismo, se desprende una aproximación teórica llamada bioética hermenéutica. Este enfoque se explicará más adelante.

pendientes en la formación del profesional de la salud. Un enfoque que ha permitido la comprensión de este fenómeno es precisamente el currículo oculto. Desde esta óptica, se ha puesto un énfasis importante en aquellas situaciones no formales de aprendizaje por las cuales transitan los contenidos clave del profesionalismo. En otras palabras, se han investigado aquellas situaciones donde los estudiantes de medicina en sus diferentes etapas de formación (p.ej. pregrado, residencia) han recibido mensajes, actitudes y valores que moldean su profesionalismo en alguna de sus tres dimensiones (Resnick & Fins, 2021; Ehie et al., 2021). A continuación, se hablará del currículo oculto.

2.4 Currículo oculto

La educación en ética ha sido la solución propuesta para los problemas que han aparecido dentro del ámbito de la medicina específicamente en la relación médico-paciente en los años recientes. No obstante, la educación formal en ética representa parte de la contribución a la conducta de los profesionales de la salud. Los determinantes críticos realmente no están en la educación formal sino en el llamado currículo oculto (Hafferty & Franks, 1994).

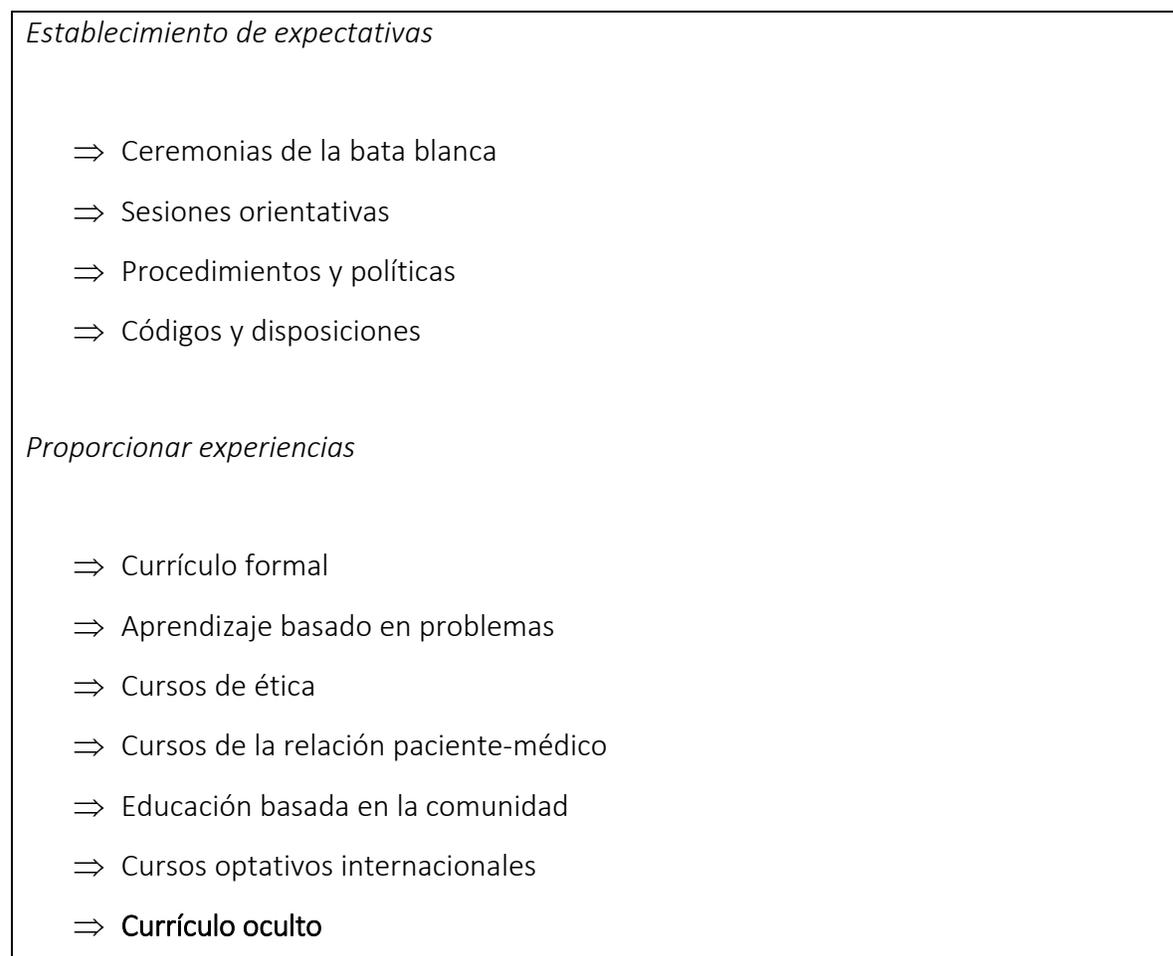
En otras palabras, de acuerdo con investigaciones pasadas (Hafferty & Franks, 1994), parece ser que se debe trascender el análisis de la educación formal ya que muchos de las instituciones han incorporado materias o cursos para enseñar y capacitar a los estudiantes en códigos de conducta, reglamentos, ética médica, humanidades e incluso temas asociados a la bioética faltando la comprensión de otras vías de transmisión de conocimientos (Stern & Papadakis, 2006).

Desde luego que la educación formal permite a los médicos desarrollar habilidades y conocimientos a partir de contenidos curriculares aceptados por las instituciones que influyen decisivamente en su formación profesional, sin embargo, el currículo oculto existe durante todo el proceso de formación de los médicos en sus distintas etapas. La develación

de áreas críticas desde el enfoque del currículo oculto debe ser evidenciada para mejorar la educación médica (Doja et al., 2016) ya que se han identificado tres componentes importantes: el currículo formal, el currículo informal y el currículo oculto (Hafferty, 1998).

En otras palabras, existen un conjunto de vías por las cuales los conocimientos llegan a los estudiantes de medicina como: las ceremonias de la bata blanca, el currículo formal, los cursos de ética, el juego de roles o el propio currículo oculto solo por mencionar una lista parcial (Fig. 3) (Stern & Papadakis, 2006). Justamente, un vehículo para la transmisión de los conocimientos y las habilidades se ha descrito como el currículo oculto que representa una especie de cultura por la que se transmiten diversos contenidos educativos.

Fig 3. Enseñanza del profesionalismo



- ⇒ Juego de roles (modelado)
- ⇒ Parábolas
- ⇒ El ambiente como maestro

Evaluación de resultados

- ⇒ Evaluación antes de entrar a la escuela de medicina (entrevista múltiple)
- ⇒ Evaluación desde la facultad
- ⇒ Evaluación por pares
- ⇒ Evaluación por pacientes (satisfacción del paciente)
- ⇒ Evaluación multiperspectiva (360 grados)

Fuente: (Stern & Papadakis, 2006).

Ahora bien, ¿Cómo se define el currículo oculto? En los últimos 50 años se ha documentado e investigado que existe un fenómeno conocido como *currículo oculto* descrito por primera vez en 1968 por Philip Jackson en su libro *Life in Classrooms* (Gordon, 1982; Gump, 1969). Teóricamente ha sido utilizado y aplicado a la educación médica por Frank Hafferty, quien explica que a lo largo del proceso de formación se tejen contenidos y aprendizajes que no forzosamente aparecen en el contenido temático de las materias a cursar y que tampoco son evaluados de manera formal (Hafferty & Franks, 1994; Hafferty, 1998). El currículo oculto consiste en mensajes comunicados implícitamente a través de prácticas, hábitos o vocabulario de diferentes actores que rodean la educación (profesores, compañeros) (Gardeshi et al., 2018; Liao et al., 2014; Mackin et al., 2019). En otras palabras, el currículo oculto se define como aquellas formas de aprendizaje y enseñanza no formales, a nivel de la estructura organizacional y la cultura (Doja et al., 2016; Hafferty, 1998).

Como se puede observar, el currículo oculto se describe como aquel vehículo por donde transitan diversos contenidos de aprendizaje que no son evaluados formalmente. Inclusive,

algunos estudios recientes han detectado áreas problemáticas en la educación curricular formal a través de la exploración del currículo oculto (Balbona & Patel, 2020). Por ejemplo, gracias a investigaciones con enfoque en el currículo oculto dentro de la educación médica también se ha encontrado evidencia sobre la vulnerabilidad de los estudiantes de medicina en un contexto de incertidumbre donde no se logra su seguridad psicológica (Torralba et al., 2020).

Se ha investigado también los hábitos de los estudiantes al consultar información desde este enfoque logrando una mejor comprensión sobre los materiales que escapan del ambiente tradicional de aprendizaje (Dias da da Silva et al., 2022). Asimismo, desde el enfoque del currículo oculto se ha descrito un vacío en la educación que reciben los médicos sobre el uso de ciertas tecnologías que muchas veces no aparecen en el currículo formal (Matthan & Finn, 2020).

Los estudios recientes han empleado metodologías cualitativas para comprender lo que ocurre dentro de la estructura de la educación médica desde el enfoque del currículo oculto que trasciende a la simple revisión del currículo formal (Yazdani et al., 2020). Entonces, se puede decir que el currículo oculto ha impactado de manera decisiva en la formación de los médicos (Boer & Daelmans, 2020; Arora & Mukherjee, 2021). De hecho, actualmente se están abriendo líneas de investigación con este enfoque a propósito de la emergencia en salud pública por el virus SARS-CoV-2 que provoca la enfermedad de COVID-19, debido a que las medidas de distanciamiento social no solamente impactaron a nivel comunitario sino también a un nivel académico, donde los estudiantes cambiaron la forma en la que estaban acostumbrados a recibir educación (Botros & Cooper, 2020).

El planteamiento de investigaciones de tipo cualitativo que revelen las experiencias de los propios estudiantes y residentes de medicina en sus diferentes áreas y especialidades, sobre la enseñanza no formal de temas asociados a la ética médica o bioética, ha sido una

respuesta creativa para comprender más a profundidad los pendientes en la educación sobre profesionalismo que reciben los médicos.

Por ello, para este estudio es de particular interés explorar las experiencias de enseñanza no formales de los residentes de psiquiatría ya que se ha identificado la etapa de la residencia como aquella donde se adquieren conocimientos, actitudes, habilidades y conductas para atender a los pacientes de manera más especializada pero donde también se adquieren aquellos recursos para brindar una atención más profesional y ética (Doukas et al., 2015).

Como resultado de una educación que integre las humanidades, se ha identificado que los residentes desarrollan habilidades éticas de reflexión y pensamiento crítico (Wershof Schwartz et al., 2009), temas que se vuelven particularmente vitales para los residentes de psiquiatría (Wear & Skillicorn, 2009; Mejía et al., 2015). En este sentido, la educación médica que incluye los conocimientos, las destrezas técnicas y las habilidades éticas, es la piedra angular para avanzar en temas de carácter prioritario como lo son los tratos humanos y dignos a los pacientes de unidades psiquiátricas.

Una educación médica adecuada debe trascender el modelo únicamente centrado en la biología para incluir también la instrucción en ética relacionada con la atención profesional centrada en los pacientes (Mejía et al., 2015; Tolchin et al., 2015). Precisamente, este estudio tiene el objetivo de abrir una puerta de investigación para comprender mejor el problema sobre los pendientes, en el ámbito de la educación no formal, que existen para alcanzar tratos más profesionales y éticos hacia las personas usuarias de servicios de salud mental. Debido a que no se puede ignorar la evidencia que muestra que el ambiente educativo de los médicos puede fomentar conductas y prácticas más profesionales (Safari et al., 2020a; Safari et al., 2020b) se ha determinado el foco de atención del presente estudio en las propias experiencias educativas no formales de los residentes que serán las unidades del análisis posterior.

Dicho con otras palabras, el currículo oculto comprende todas aquellas interacciones que suceden fuera de las estrategias didácticas y recursos pedagógicos formales que utilizan los profesores para lograr la enseñanza. Entre las estrategias formales están las exposiciones, las discusiones guiadas en grupo, los debates, los trabajos en equipo, las prácticas o el juego de roles, por mencionar solo una lista parcial. En contraposición a esto, el currículo oculto tiene que ver con aquellas interacciones que de alguna u otra manera logran una enseñanza que se alejan de la estructura pedagógica tradicional o de la evaluación formal. Entre ellas están, una plática en la cafetería con colegas o con algún profesor, algún aviso sobre disposiciones que se establezcan en la institución por parte del personal administrativo, charlas informales entre estudiantes y profesores, consejos sobre cómo resolver o hacer determinada actividad, etc.

Siguiendo con esto, el currículo oculto comprende las conversaciones informales entre profesores y estudiantes, los intercambios de información entre colegas y otros profesionales de la salud, los hábitos culturales de la institución, etc. Es en ese contexto donde a través de alguna charla informal en el pasillo o en la cafetería, se dan los aprendizajes clave del profesionalismo como la toma de decisiones con implicaciones éticas, la deliberación ética, el tiempo que se le debe prestar al paciente, el tipo de trato que se le debe dar a los llamados “pacientes difíciles”, entre otras, que en última instancia funcionan como guía u orientación para el profesional de la salud.

Los temas que son transmitidos por el currículo oculto a los estudiantes de medicina en sus distintas etapas pueden ir desde cómo resolver un trámite administrativo, cómo preparar una clase con un determinado maestro para obtener una calificación aprobatoria, cómo resolver un problema que se haya presentado con un paciente, cómo tratar a determinados pacientes, etc.

Al respecto se han identificado ciertos desafíos desde el enfoque del currículo oculto para lograr una enseñanza en ética médica como parte del profesionalismo de los estudiantes.

Estos desafíos se han agrupado en las siguientes categorías de análisis: disminución del interés por la medicina, falsas creencias sobre el desempeño ético de los profesionales de la salud, debilidad en el currículo, problemas materiales y económicos, abandono de la responsabilidad y problemas en la profesión médica (Safari et al., 2020a; Safari et al., 2020b).

Así, la perspectiva de los propios estudiantes sobre su educación desde el enfoque del currículo oculto ha sido de vital importancia para rediseñar y mejorar la formación en profesionalismo de los futuros médicos (Azmand et al., 2018; Maitra et al., 2021). Precisamente uno de los temas que han sido estudiados desde la óptica del currículo oculto ha sido el profesionalismo ya que representa una dimensión esencial compuesta de conocimientos técnicos, científicos y éticos de los médicos para poder desarrollarse con los estándares más altos dentro de una determinada disciplina como lo es la medicina (Bhugra & Malik, 2011). Por tanto, es importante descubrir qué mensajes se transmiten de manera no formal que, por un lado, permitan desarrollar una práctica ética y profesional en los residentes de psiquiatría o por el otro, la obstaculicen.

En definitiva, la educación médica formal es importante, sin embargo, una contribución que también es clave durante la formación en profesionalismo de los médicos viene desde el currículo oculto como lo han mostrado estudios recientes. Por ello, más investigación es necesaria (p.ej. Choudhury & Nortjé, 2022; Paul et al., 2014; Dias da Silva et al., 2022; Botros & Cooper, 2020; MacNeil et al., 2021; Enders et al. 2021).

En síntesis, el currículo oculto es de particular interés en la actualidad para comprender las necesidades que se pueden tener para lograr una enseñanza en profesionalismo adecuada (Casan Clarà & Barrueco Ferrero, 2020). Por tal razón, el interés en la presente investigación es sobre el componente ético del profesionalismo transmitido a través del currículo oculto. Es decir, la pregunta, que se empieza a evidenciar es: ¿qué están aprendiendo los residentes de psiquiatría sobre el componente ético del profesionalismo que les ha llegado a través del currículo oculto? El currículo oculto, por su propia naturaleza puede englobar una serie de

interacciones y temas diferentes por lo que es importante conocer la perspectiva de los estudiantes. De hecho, esto permite develarlo.

En otras palabras, ¿los residentes de psiquiatría están siendo suficientemente preparados para eliminar las prácticas degradantes e inhumanas hacia los usuarios de los servicios de salud mental que se han reportado en diferentes estudios? ¿Cómo se están preparando? ¿Cómo se les enseña a tomar decisiones que se acerquen a prácticas profesionales con los estándares que se exigen hoy en día? ¿Qué contenidos, conocimientos, saberes, enseñanzas, mensajes, actitudes, valores, están recibiendo los residentes de psiquiatría sobre profesionalismo desde la dimensión bioética que no aparecen en la estructura pedagógico-académica formal? ¿Qué se puede comprender de la educación no formal (currículo oculto) de los residentes de psiquiatría?

En el presente estudio se han definido los conceptos de mensajes, actitudes y valores que guiarán el análisis cualitativo posterior de la siguiente manera: “mensajes”, aquella información comunicada y dirigida hacia los residentes de psiquiatría por parte de profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales o por algún otro medio propio de la institución como reglamentos o códigos de conducta sobre la forma de atender profesional y éticamente a los pacientes. Asimismo, las “actitudes” se definirán como la expectativa que los residentes de psiquiatría perciben sobre la forma de comportarse profesional y éticamente frente a los pacientes por parte de profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales de la institución. Finalmente, se entenderá por “valores” aquellas cualidades axiológicas atribuidas a la conducta de los residentes de psiquiatría que los profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales de la institución resaltan como importantes para la práctica profesional y ética dentro de la institución a la que pertenecen.

En este sentido, es de particular interés en el presente trabajo las experiencias no académicas de los estudiantes que permitan precisamente mostrar, develar, el currículo

oculto. Las experiencias de los residentes entran en las tres categorías antes mencionadas: mensajes, actitudes y valores que posteriormente servirán como unidades de análisis.

Como se puede observar el tema exige estudios inéditos desde la aproximación cualitativa relacionadas con la enseñanza del profesionalismo y en concreto, sobre los enfoques actuales que abarca la bioética en el área de la salud mental en México debido a que si después de la identificación y denuncia de tratos inhumanos a las personas con problemas de salud mental en los siglos pasados y con la relativamente reciente incorporación de mecanismos jurídicos (Derechos Humanos) y académicos (enseñanza del profesionalismo y la ética) se siguen presentando problemas como lo ha revelado la CNDH en su informe sobre el Mecanismo Nacional de Prevención de Tortura en 2017 dentro de los hospitales psiquiátricos en México así como en diversos reportes (Pinto et al., 2020; National Collaborating Centre for Mental Health, 2012; Newman et al., 2015; Staniszewska et al., 2014; Staniszewska et al., 2019), se plantea que algo falta por hacer o por corregir.

2.5 Bioética

Los médicos representan una profesión valiosa para la sociedad, porque la medicina se ha configurado a lo largo de muchos siglos como aquella disciplina que combina saberes teóricos y prácticos relativos al funcionamiento del cuerpo humano que permiten lograr un bienestar físico (Pérez, 1997). Al binomio teoría-práctica también se suma la ética puesto que, durante mucho tiempo, ha existido la preocupación por el uso que se da al conocimiento médico en relación con el paciente que en muchas culturas dio origen a principios o códigos como el juramento hipocrático, que intentaban regular la conducta del profesional de la salud (Pérez, 2002).

La configuración de diversos códigos para regular la actividad profesional de los galenos era una preocupación de una disciplina que, en occidente, tiene sus orígenes en la Grecia antigua, estamos hablando de la ética. Esta disciplina que tiene como raíz a la propia

filosofía, ha tratado de elaborar aproximaciones teórico-filosóficas a lo largo de muchos siglos para responder preguntas sobre el comportamiento humano en el tema de los deberes. Una de las grandes preguntas clásicas que se formula desde la ética es ¿Qué se debe hacer? Desde luego que esta pregunta se puede aplicar a una gran diversidad de contextos y situaciones, desde la política hasta la actividad médica. Precisamente esta gran pregunta se continuó elaborando a lo largo de la historia de la humanidad, dando nacimiento a la ética médica de manera formal hasta 1803 con el libro *Medical Ethics* de Thomas Percival (MacIntyre, 2007; MacIntyre, 1976; Baker, 2013; Percival, 1803).

Ahora bien, los avances tecnológicos y científicos en el área de la medicina han actualizado la pregunta sobre ¿qué se debe hacer?, en un contexto de progreso acelerado que constantemente desafía a los médicos a tomar las mejores decisiones que no forzosamente aparecen en un código normativo porque no se pueden anticipar todas las posibles situaciones que le aportarían todas las soluciones escritas en un “manual” o en un reglamento. La ética médica se entiende mejor como una disciplina deliberativa y no apodíctica. En otras palabras, la ética exige la reflexión y la argumentación sobre el por qué se toman ciertas decisiones (Jonsen, 1998; Baker, 2013).

A partir de 1803 con el libro *Medical Ethics* de Percival (Percival, 1803) se fueron identificando y configurando problemas éticos asociados a la práctica profesional de los médicos de manera más organizada. Esto dio origen, entre otras cosas, a códigos de conducta para los médicos como el de la Asociación Médica Americana (AMA), que pretendían proporcionar honor y utilidad a la profesión médica además de que tenía otro objetivo, resolver los problemas éticos que se iban enfrentando. No obstante, los problemas éticos se irían complejizando a medida que el avance técnico y científico se acelerara.

Con la creación de nuevos inventos como el ventilador artificial creado por Bjørn Aage Ibsen durante la epidemia de la polio o las técnicas de reproducción asistida, se creó un contexto donde la ciencia médica no podía enfrentar y resolver todos los problemas éticos sin la

asistencia y cooperación de otras disciplinas. De acuerdo con Baker (2013), precisamente este contexto es el que dio nacimiento a la bioética en Estados Unidos a partir de 1970 debido a que los problemas asociados a la vida y la muerte no se limitaban únicamente a la medicina, sino que incluían a otras ciencias como la biología, la ecología e incluso a la filosofía que necesitaban una *lengua franca* que permitiera un punto de vista ético común.

En la actualidad, se entiende a la bioética como una ética aplicada. Esta disciplina se dedica al estudio y reflexión de los problemas relacionados al comportamiento moral y ético en una amplia gama de las ciencias de la vida incluyendo el medio ambiente y la salud (Rothman, 2003; Jonsen, 1998; Stevens, 2000; Singer, 1995). En este sentido, aunque el término bioética fue utilizado por primera vez por Fritz Jahr en 1927 (Sass, 2007), el término, como se usa actualmente en las ciencias de la salud, aparece formalmente en 1971 en *Bioethics: Bridge to the future* de Van Rensselaer Potter. Como disciplina en Estados Unidos de América comenzó en el Hastings Center con fundadores como Daniel Callahan y Robert Veatch (Rothman, 2003; Jonsen, 1998; Stevens, 2000).

La bioética se nutre de reflexiones filosóficas, legales, psicológicas o médicas que han permitido elaborar paradigmas y teorías éticas en distintas áreas de la vida en todas sus expresiones integrando un nivel más amplio de temas. Esto se debió a que, ni la ética filosófica ni la ética médica lograron abarcar ni solucionar todos los problemas éticos que acompañaron el rápido, preocupante y complejo avance tecnocientífico a partir de 1950, necesitando de una disciplina que incluyera profesionales de otras áreas de conocimiento (Rothman, 2003; Jonsen, 1998; Stevens, 2000; Baker, 2013).

Los problemas que plantea la ética médica (p.ej. confidencialidad, comunicación con los pacientes, respeto por la dignidad de las personas, enseñanza) eran ya una preocupación en la Grecia antigua pero el nacimiento de la bioética permitió atraer estas cuestiones en particular sobre ética médica, abarcando de manera paralela preocupaciones más generales y profundas sobre la vida y la muerte (Turner, 2009; Benatar, 2006; Spinsanti, 1995; Jonsen,

1998; Baker, 2013). En palabras de Jonsen (1998), la bioética es el estudio sistemático de las dimensiones morales de las ciencias de la vida y de la salud que emplea una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario. Para Jonsen, los bioeticistas son, de hecho, migrantes de otras disciplinas.

Así, la bioética ha planteado un grupo de perspectivas y paradigmas teóricos que se expresan en enfoques muy particulares. Entre la pluralidad de enfoques están el principialismo, el principialismo jerarquizado, el paradigma casuístico, el paradigma de las virtudes, la bioética utilitarista, el pragmatismo clínico, la ética del discurso en bioética o la bioética hermenéutica (Ferrer & Álvarez, 2003; Ferrer et al., 2016).

De acuerdo con lo anterior, la bioética permitirá circunscribir la incontable cantidad de temas que conforman parte de las conductas y saberes de los médicos psiquiatras dentro de su actividad profesional. Como se comentó, temas como el de la ética médica, la relación médico-paciente, el consentimiento informado, la confidencialidad, el trato digno a los pacientes, entre otros, han sido de particular interés para la bioética médica que se han analizado de manera particular por diferentes autores en diferentes contextos de la práctica médica.

Teniendo en consideración que la educación en ética está relacionada a herramientas de reflexión y crítica en los aprendices de medicina dentro de su formación profesional es importante no solo conocer el contenido curricular formal sino la propia experiencia de los residentes de psiquiatría como futuros integrantes de la comunidad médica profesional en bioética desde la perspectiva hermenéutica que es el marco teórico del presente trabajo (Gardeshi et al., 2018; Murakami et al., 2009). Las interrogantes sobre los mensajes, actitudes y valores transmitidos fuera del currículo formal que fomentan una práctica profesional, a través del enfoque de la bioética hermenéutica, quedan aún por estudiarse para resolver el problema previamente planteado sobre qué mensajes están recibiendo los residentes de psiquiatría en su formación para lograr una práctica profesional y ética.

3. MARCO TEÓRICO

No existe un consenso definitivo en la literatura científica sobre lo que es un marco teórico o un marco conceptual. Rara vez se explica qué significa dentro de los propios trabajos de investigación y hay autores que incluso, utilizan estos dos términos indistintamente (Green, 2014; Nguyen et al., 2014; Maxwell, 2013; Marshall & Rossman, 2016; Miles et al., 2014; Anfara & Mertz, 2015; Merriam & Tisdell, 2016). Prácticamente existe un espectro de definiciones que cambian de acuerdo con los autores e instituciones sobre lo que es un marco teórico o un marco conceptual (Crawford, 2019; Nguyen et al., 2014; Maxwell, 2013; Marshall & Rossman, 2016). Desde luego, hay beneficios en tener un marco teórico ya que eso impide que se dupliquen investigaciones ya realizadas (p.ej. cuando un investigador piensa que su trabajo es original pero la falta de un marco teórico le impide ver que esa línea de investigación ya se ha elaborado) e incluso evita el plagio (p.ej. elaborar una idea que previamente aparece en otro trabajo sin citarla apropiadamente) (Lynch et al., 2020). Por ello, en el presente estudio se entenderá como marco teórico a una serie de conceptos, teorías y premisas que el investigador crea, construye y configura para llevar a cabo su estudio y que sirven para poder interpretar y analizar los datos obtenidos (Varpio et al., 2020; Kivunja, 2018). En este sentido, se ha optado por plantear teóricamente la investigación desde la bioética hermenéutica de Gadamer por ser una teoría contemporánea de amplia vigencia y aplicación.

A continuación, se hará un breve resumen de los conceptos descritos en las secciones anteriores como lo es el profesionalismo y el currículo oculto como una introducción para finalmente exponer y conectarlos el tema de bioética hermenéutica desde el enfoque de Gadamer.

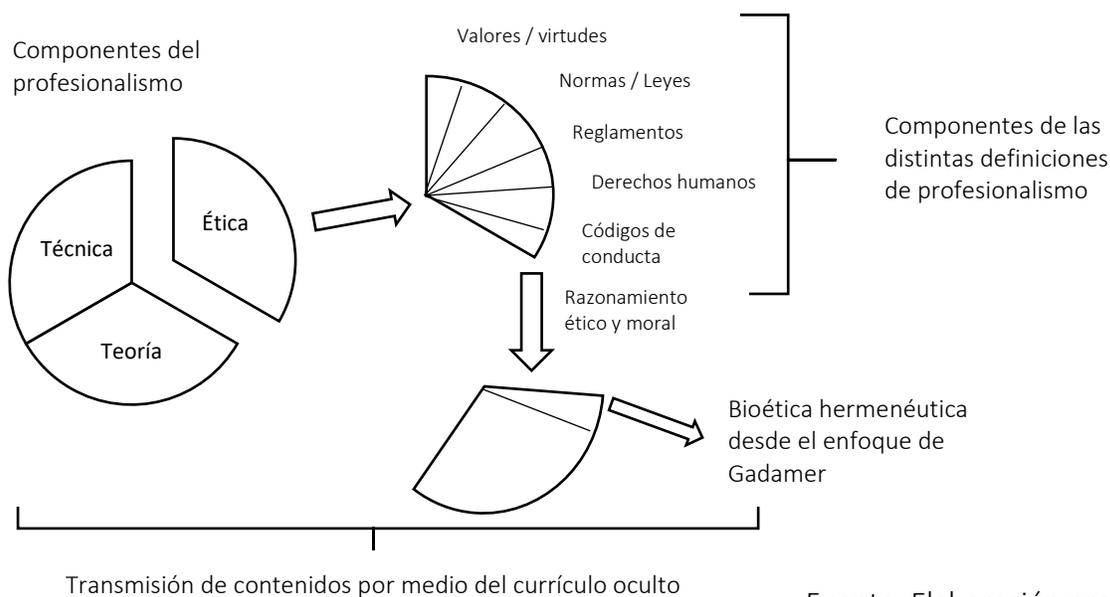
El profesionalismo se ha agrupado en tres principales elementos que son el componente ético, el componente teórico y el componente ético. Asimismo, dentro del componente ético del profesionalismo, tenemos que las diferentes definiciones que los consejos,

academias, hospitales, universidades y otras instituciones dan sobre el profesionalismo abarcan temas como los valores, las virtudes, la normatividad, las leyes, los reglamentos, los derechos humanos, los códigos de conducta o el razonamiento moral.

En el presente trabajo se propuso la prestación de algún servicio complejo a la sociedad como la medicina, con altos estándares de dominio en los niveles técnico, teórico y ético, que han sido reconocidos por la comunidad epistémica pertinente.

Dentro de los componentes que configuran las distintas definiciones de profesionalismo está el razonamiento ético y moral que acompaña la toma de decisiones de los profesionales en el área de la salud como son los médicos. Diferentes propuestas se han elaborado para atender el tema sobre los llevan a cabo para tomar ciertas decisiones que tienen un contenido ético o moral. La bioética hermenéutica fue el enfoque elegido que guiará teóricamente la presente investigación.

Fig. 4 Componentes del profesionalismo



Fuente: Elaboración propia.

3.1 Bioética hermenéutica desde el enfoque de Gadamer

De acuerdo con Moratalla (2016) la hermenéutica se está volviendo un enfoque contemporáneo para plantear problemas y analizarlos desde una aproximación interpretativa. Lo mismo que en otras disciplinas, la bioética no tiene un solo enfoque estricto, riguroso, único o unívoco, sino que se entiende que existen diferentes posturas teórico-metodológicas para abordar los problemas éticos que se presentan en las diversas disciplinas relacionadas a la vida. En la actualidad, la bioética también ha incorporado la perspectiva hermenéutica para el análisis y planteamientos de los problemas éticos en el área de la salud. El planteamiento es que la vida humana se pueda entender como una serie de relatos posibles de interpretarse. Así, la bioética hermenéutica es una aproximación que pretende responder a la circunstancia desde la interpretación de los casos particulares evitando malentendidos (Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

Dos autores, entre otros, representan la bioética hermenéutica, Gadamer y Ricoeur, quienes han desarrollado un marco teórico-conceptual que precisamente, le da sustento a este enfoque bioético. En el presente trabajo, el foco de atención es en la bioética hermenéutica desde el enfoque elaborado por Gadamer.

Hans-Georg Gadamer es quien retoma el concepto de “ser en el mundo” de Heidegger, para explicar que la interpretación en el área de la salud debe ser dialógica. Para Gadamer, la hermenéutica se encuentra en los diálogos vivientes de las propias personas. Por ello, la relación médico-paciente se convierte en un encuentro entre diferentes formas de entender el mundo que entrarán en diálogo (Gadamer, 1976). Así, los médicos y otros profesionales de la salud no serían simples aplicadores del conocimiento biológico sino hermeneutas de la salud, la enfermedad y la vida misma de sus pacientes (Gadamer, 1976; Gadamer, 1993; Svanaeus, 2003; Svanaeus, 2000; Svanaeus, 2018).

Siguiendo a Richard Palmer (1969) la palabra hermenéutica viene de *hermeios* quien era el sacerdote en el Delfos quien interpretaba los mensajes. A su vez, los griegos pensaban que el dios Hermes, había descubierto el lenguaje y la escritura que son las herramientas importantes para que el humano se pueda entender.

En la actualidad la hermenéutica se define como una metodología de interpretación. Para Gadamer, tomar una decisión adecuada exige conocer e interpretar la situación, por ello la hermenéutica se vuelve clave dentro del concepto de *phrónesis* (juicios prudentiales) que previamente había desarrollado Aristóteles (Aristotle, ca. 350 B.C.E. / 2009). Él definió el concepto de *phrónesis* como sabiduría práctica, aunque en la actualidad se entiende como una forma de hacer juicios prudentiales. La *phrónesis* es un contraste entre las artes (*tecné*), el conocimiento (*episteme*), la sabiduría teórica (*sophia*) y la razón intuitiva (*nous*). Todas estas serían virtudes intelectuales ya que para el estagirita permite al poseedor sentir y pensar de forma apropiada.

De acuerdo con Aristóteles, la *phrónesis* se vuelve fundamental para tomar decisiones éticas a partir de un conocimiento cultivado a través de la experiencia (*praxis*). En este sentido la *phrónesis* sería la habilidad de evaluar una situación y tomar la decisión más prudente. De hecho, para autores como Alasdair MacIntyre (2007), Edmund Pellegrino y David Thomas (1993) la *phrónesis* sería un elemento esencial de un buen médico (Svanaeus, 2003; Svanaeus, 2000).

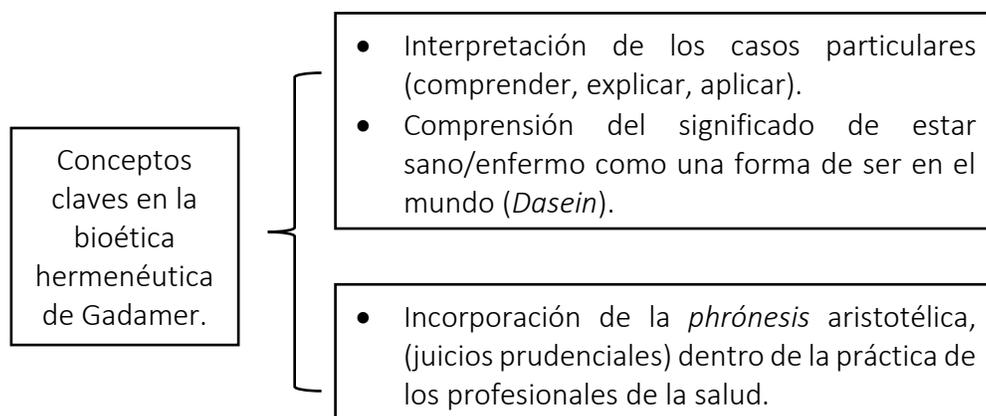
Para que el médico pueda hacer juicios prudentiales (*phrónesis*) es necesario que pueda comprender e interpretar la situación presente del paciente de tal forma que sepa aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos en determinadas circunstancias (Moratalla, 2016). Es decir, el paciente tiene una forma de “ser en el mundo” (*Dasein*) como mencionaba Heidegger, que necesita ser interpretada. Por tanto, aquí la hermenéutica se entiende más como un concepto ontológico que metodológico (Svanaeus, 2003).

El *phrónimos*, el hombre sabio/prudente, sabría qué hacer en una situación específica ya que no hay acciones buenas en sí mismas que sean independientes de la circunstancia (Gadamer, 1993; Moratalla, 2016). En el caso del área de la salud mental, el médico residente que hace *phrónesis* sabría qué hacer para un determinado paciente en una determinada situación a través de la identificación del problema y la articulación para su posible solución (Moratalla, 2016). Esto no se logra únicamente a partir del seguimiento de principios establecidos, es decir, la hermenéutica no es la aplicación de reglas universales, sino una forma de deliberación y razonamiento moral conseguido a través de una larga experiencia (Gadamer, 1993). Por ello, la idea de sanar no puede desprenderse de entender las experiencias del paciente ya que la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino una estructura compleja fenomenológica de ser en el mundo que requiere de ser escuchada e interpretada (Svaneaus, 2003; Svaneaus, 2000).

Dicho lo anterior, una aproximación contemporánea de la bioética hermenéutica desde el enfoque plantado por Gadamer ha sido la incorporación de dos conceptos clave. Por un lado, la interpretación (comprensión, explicación, aplicación) del caso particular y por el otro, el logro en el ejercicio de la *phrónesis* (Moratalla, 2016). De esta forma, el profesional podrá comprender la salud como una forma de ser en el mundo (Dasein) que trascienda la simple compilación de información biomédica del paciente que permita poder tomar las decisiones más prudentes. El profesional, (el residente de psiquiatría) no tendría que ver enfermedades como patologías biológicas sino como enfermedades de *alguien* (Moratalla, 2016). Por ello, la interpretación se volverá relevante toda vez que se necesite una reflexión para encontrar el significado de esa manera de *ser en el mundo* que, aplicado al área de la salud sería la forma de “*ser un paciente*” (Gadamer, 1993). Por ello, para Gadamer, la medicina está más cerca de la *phrónesis* que de la *tecné*. No basta con el simple conocimiento de teorías éticas que se apliquen en un contexto sino con el ejercicio de reflexión y la práctica de conductas que llamaríamos *fronéticas* o prudentes a partir de la interpretación del caso particular (Gadamer, 1975; Svaneaus, 2003; Svaneaus, 2000; Svaneaus, 2018).

En un contexto donde los usuarios de servicios de salud mental han sido históricamente estigmatizados y discriminados recibiendo tratos poco profesionales, ha surgido la presente investigación que pretende conocer qué mensajes no formales (currículo oculto), mensajes, actitudes y valores, dentro de su etapa de residencia reciben los residentes de psiquiatría sobre la bioética hermenéutica anteriormente expuesta. Como menciona Gadamer (1993), los conocimientos adquiridos por instrucción no son idénticos a los adquiridos por el ejercicio y la práctica por lo que se vuelve importante profundizar más allá del currículo formal. Los dos conceptos principales de exploración serán: la interpretación de los casos particulares y la incorporación de la *phrónesis* dentro de la práctica de los profesionales de la salud. Ambos funcionarán como unidades dentro del análisis posterior.

Fig. 5 Elementos clave en la bioética hermenéutica de Gadamer.



Fuente: elaboración propia con base en Gadamer (1975; 1993).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La historia de la humanidad revela que la preocupación por los estados mentales se remonta a épocas donde las primeras civilizaciones intentaban dar explicaciones sobre fenómenos que hoy en día se estudian de manera científica. Estos fenómenos son la consciencia, la atención, la memoria, el aprendizaje y la salud y la enfermedad mental entre otros.

Al inicio las explicaciones sobre la salud y la enfermedad mental tenían un contenido místico, religioso e incluso filosófico. Se hablaba de humores, piedras de la locura o castigos divinos para poder dar cuenta de estos fenómenos. Debido a que estas aproximaciones eran poco claras y realmente no estaban del todo bien elaboradas, se cometían abusos a personas que posiblemente sufrían de algún problema de salud mental. Los abusos abarcaban situaciones como las flebotomías, las extracciones de supuestas piedras en el cerebro, baños de agua fría, y posteriormente encierros o encadenamientos. Ninguna de estas aproximaciones aliviaba los síntomas de la persona e incluso ponía en riesgo su vida.

A medida que la ciencia y la tecnología avanzaba, surgieron distintas disciplinas que permitieron entender y aportar enfoques teóricos mejor definidos como la psicología y la medicina, en particular la psiquiatría. Estas áreas de conocimiento aportaron ideas valiosas para comprender de manera más sistematizada el complejo fenómeno de la salud/enfermedad mental. Desde luego, los avances han sido notables en este rubro. Los pacientes han tenido mejores expectativas de vida, se han elaborado tratamientos más eficaces y efectivos y algo muy importante, las prácticas vejatorias han ido desapareciendo poco a poco dentro del área de la salud mental.

No obstante, sigue habiendo algunos pendientes ya que existen reportes a lo largo de diferentes países como México donde los usuarios de servicios de salud mental aún siguen siendo estigmatizados y discriminados recibiendo con ello tratos poco profesionales. Esta situación alarmante plantea la problemática de entender qué es lo que está sucediendo en

la educación de los médicos ya que, paradójicamente, muchos de los abusos cometidos ocurren dentro de los propios hospitales psiquiátricos.

Por ello, es necesario seguir abriendo líneas de investigación que permitan comprender la forma en la que los residentes de psiquiatría están configurando aquellas ideas y habilidades sobre el profesionalismo. Este concepto, aunque no es unívoco, ha permitido orientar la educación de los médicos residentes, en particular en psiquiatría, que permitan lograr tratos más humanos a las personas que son usuarias de servicios de salud mental.

Una línea de investigación muy importante en la actualidad se ha desarrollado desde el enfoque del currículo oculto. Es decir, se sabe que hay una diversidad de estrategias pedagógicas para enseñar lo que es el profesionalismo. Una de ellas es el llamado currículo formal, es decir, la formación de los médicos se recibe a través de materias, cursos, talleres, prácticas, exámenes, etc. Además de ello, también existe el currículo oculto, donde los estudiantes aprenden contenidos importantes en su formación profesional pero que no aparecen directamente en una tira de materias e incluso no son evaluados de manera formal a través de una práctica o un examen.

El currículo oculto es pues un punto de acceso a uno de los recursos pedagógicos de enseñanza no formales que tienen un impacto importante en la formación de los médicos residentes de psiquiatría. El currículo oculto abarca las charlas informales con colegas o profesores, los avisos que se dan en la institución, las formas en las que se establecen las actividades en la escuela, etc. Así, el currículo oculto se refiere a todas aquellas dinámicas socioculturales dentro del lugar de aprendizaje como lo puede ser el hospital que impactan decisivamente en la formación del médico.

La investigación sobre el profesionalismo desde el enfoque del currículo oculto es novedosa y exige que se planteen estudios inéditos para conocer las experiencias de los propios estudiantes sobre los conocimientos que reciben y que no forzosamente aparecen de

manera formal como lo son las materias, cursos, talleres, seminarios, etc. Por ello las investigaciones desde el enfoque cualitativo son valiosas para entender las experiencias de los residentes e intentar hacer propuestas de cambio curricular formal y por el otro lado, de sensibilizar a los responsables de la educación de los residentes de psiquiatría sobre los mensajes que transmiten a propósito del contenido ético del profesionalismo.

En este sentido, el estado actual del conocimiento no permite develar las experiencias fuera del proceso formal de enseñanza-aprendizaje (currículo oculto) en los residentes de psiquiatría en México sobre bioética hermenéutica desde el enfoque de Gadamer. Como se planteó, hoy en día la bioética desde la perspectiva hermenéutica representa una aproximación y enfoque contemporáneo que integra una serie de elementos de análisis e interpretación de las situaciones que se presentan en las diversas áreas de la medicina para poder tomar las decisiones a través de juicios prudentiales.

Para el caso de la psiquiatría, la comprensión, interpretación y el entendimiento de la experiencia del paciente respecto a su enfermedad es igual de importante que en otras subdisciplinas de la medicina. Por ello, es necesario comprender el currículo oculto que se expresa en la cultura y los mensajes que se transmiten de manera no formal o académica sobre la bioética desde la perspectiva hermenéutica. Como se expuso, este enfoque resalta la importancia de integrar información que no es estrictamente biomédica de los pacientes, sino que invita a observar el caso de manera más cualitativa para comprender e interpretar el significado que tiene en las personas vivir con un trastorno o con un diagnóstico psiquiátrico (p. ej. su “ser-en-el-mundo”). Asimismo, la bioética desde la perspectiva hermenéutica que elaboró Gadamer retoma el concepto aristotélico de *phronesis* que establece la importancia de que el médico pueda hacer juicios prudentiales en su constante toma de decisiones siempre acompañado de la comprensión e interpretación holística del caso.

Por tanto, en el camino de lograr una práctica profesional desde el componente ético dentro de la psiquiatría que incorpore tratos más éticos hacia los usuarios de servicios de salud mental se vuelve relevante conocer si los residentes de psiquiatría están recibiendo el mensaje de la bioética hermenéutica de acuerdo con o entendida desde la perspectiva de Gadamer sobre dos elementos importantes que son: la interpretación de cada uno de los casos y la integración de la *phrónesis* aristotélica. Para Gadamer, estos dos conceptos son inseparables para lograr una hermenéutica. Este mensaje puede o no estar llegando en un contexto cultural, académico, administrativo y social de enseñanza que se ha llamado currículo oculto precisamente porque los conceptos no son transmitidos de manera académicamente formal, es decir, no intencional, sino que ocurren en otras esferas distintas al salón de clases o a la tira de materias reconocida por las escuelas de medicina.

En síntesis, el presente trabajo resalta la importancia de conocer los mensajes, actitudes y valores que son transmitidos de manera no formal hacia los residentes de psiquiatría, analizados desde la bioética hermenéutica desde la perspectiva de Gadamer.

5. JUSTIFICACIÓN

La preocupación por la salud mental ha estado presente durante bastante tiempo en muchas culturas y sociedades del mundo. En la actualidad los esfuerzos por entender y atender los problemas de discapacidad psicosocial han permitido desarrollar intervenciones originales y novedosas. El progreso científico y tecnológico dado como resultado propuestas de intervención eficaces de las que muchas personas alrededor del planeta se han visto beneficiadas. Como se pudo observar en la sección de antecedentes, lamentablemente los abusos hacia los usuarios de servicios de salud mental se han repetido a pesar de la existencia de códigos de ética y conducta profesional que intentan regular las violaciones a la dignidad de las personas.

Así, el conocimiento técnico y científico es necesario, pero no suficiente para los residentes de psiquiatría en formación ya que un elemento clave dentro de la atención de los problemas comportamentales es la perspectiva ética que completa las tres dimensiones del profesionalismo. Comprender las experiencias académicas no formales (currículo oculto) de los residentes de psiquiatría permitirá analizar cualitativamente desde la bioética hermenéutica a partir del enfoque de Gadamer sus perspectivas y con ello llenar los vacíos para alcanzar un profesionalismo desde el punto de vista ético.

Dicho de otra forma, lo que no se identifica no se puede mejorar, por tanto, las experiencias de los estudiantes pueden ayudar a reformular el esquema curricular formal de la enseñanza en bioética y del profesionalismo. Así, teniendo más información se pueden sugerir cambios al contenido académico formal que incluya las perspectivas y experiencias de los residentes de psiquiatría (Liao et al., 2014). El currículo oculto, que es el tema de interés en este trabajo, no es algo que se manifieste, sino que es importante salir a buscarlo (Wear & Skillicorn, 2009). Como se mencionó, uno de los puntos de acceso a esta información es la investigación cualitativa que se propone en el presente proyecto y que se describirá en la sección de método.

6. PREGUNTA Y OBJETIVOS DE LA DE INVESTIGACIÓN

6.1 *Pregunta de investigación*

¿Qué experiencias no académicas (currículo oculto) han tenido los residentes de psiquiatría asociadas a los mensajes, actitudes y valores sobre los dos componentes de la bioética hermenéutica, interpretación y toma de decisiones (*phrónesis*) de en la atención médico-psiquiátrica?

6.2 *Objetivo general*

Analizar los mensajes, actitudes y valores que se les han transmitido a los residentes de psiquiatría fuera del proceso formal de enseñanza-aprendizaje formal (currículo oculto) asociados a la interpretación y toma de decisiones (*phrónesis*) en la atención médico-psiquiátrica de acuerdo con la bioética hermenéutica de Gadamer como parte de su formación en profesionalismo, para identificar avances y pendientes en el logro de una práctica más ética en el ámbito de la salud mental.

6.3 *Objetivos específicos*

1. Analizar e interpretar los mensajes, actitudes y valores que les han transmitido a los residentes de psiquiatría asociados a la interpretación de los casos particulares en la atención médico-psiquiátrica dentro de su práctica profesional.
2. Analizar e interpretar los mensajes, actitudes y valores que les han transmitido a los residentes de psiquiatría asociados a la incorporación de la *phrónesis* dentro de su práctica profesional.
3. Identificar las experiencias no académicas sobre los mensajes, actitudes y valores asociados a la interpretación de los casos particulares en la atención médico-psiquiátrica dentro de la práctica profesional de los residentes de psiquiatría.

- Identificar las experiencias no académicas sobre los mensajes, actitudes y valores asociados a la incorporación de la *phrónesis* dentro de la práctica profesional de los residentes de psiquiatría.

Matriz de congruencia metodológica

Problema	Objetivos	Marco teórico	Método
<p>Pregunta principal</p> <p>¿Qué experiencias no académicas (currículo oculto) han tenido los residentes de psiquiatría asociadas a los mensajes, actitudes y valores sobre los dos componentes inseparables de la bioética hermenéutica, interpretación y toma de decisiones (<i>phrónesis</i>) de los casos en la atención médico-psiquiátrica desde el enfoque de Gadamer?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>1. ¿Qué características y significados tienen los mensajes, actitudes y valores transmitidos de manera no formal, asociados a la interpretación y toma de decisiones (<i>phrónesis</i>) de los casos particulares</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Analizar los mensajes, actitudes y valores que se les han transmitido a los residentes de psiquiatría fuera del proceso formal de enseñanza-aprendizaje formal (currículo oculto) asociados a la interpretación y toma de decisiones (<i>phrónesis</i>) en la atención médico-psiquiátrica de acuerdo con la bioética hermenéutica de Gadamer como parte de su formación en profesionalismo, para identificar avances y pendientes en el logro de una práctica más ética en el ámbito de la salud mental.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1. Analizar e interpretar los mensajes, actitudes y valores que les han transmitido a los residentes de psiquiatría asociados a la interpretación de los casos</p>	<p>Currículo oculto</p> <p>Profesionalismo</p> <p>Bioética</p> <p>Hermenéutica desde el enfoque de Gadamer</p>	<p>Técnica de recolección de datos: Entrevista semiestructurada</p> <p>Técnica para el análisis de datos: Hermenéutica</p>

<p>en la atención médico-psiquiátrica de los residentes de psiquiatría?</p> <p>2. ¿Cuáles son los mensajes, actitudes y valores sobre la interpretación y toma de decisiones (<i>phrónesis</i>) de los casos particulares en la atención médico-psiquiátrica dentro de la práctica profesional de los residentes de psiquiatría?</p>	<p>particulares en la atención médico-psiquiátrica dentro de su práctica profesional.</p> <p>2. Analizar e interpretar los mensajes, actitudes y valores que les han transmitido a los residentes de psiquiatría asociados a la incorporación de la <i>phrónesis</i> dentro de su práctica profesional.</p> <p>3. Identificar las experiencias no académicas sobre los mensajes, actitudes y valores asociados a la interpretación de los casos particulares en la atención médico-psiquiátrica dentro de la práctica profesional de los residentes de psiquiatría.</p> <p>4. Identificar las experiencias no académicas sobre los mensajes, actitudes y valores asociados a la incorporación de la <i>phrónesis</i> dentro de la práctica profesional de los residentes de psiquiatría.</p>		
--	--	--	--

7. MÉTODO

7.1 *Diseño del estudio*

El estudio está construido a partir de la metodología cualitativa. La investigación cualitativa se basa en el supuesto de que las personas les dan sentido a las experiencias sociales a partir de lo que sienten, escuchan o ven (Rossman & Rallis, 2017). Este enfoque de investigación permite interpretar los significados de las acciones humanas (Bradbury-Jones et al., 2017). La palabra “cualitativa” viene del latín *qualitas* que se refiere a las cualidades, características de las entidades mientras que “cuantitativa” se refiere a las diferencias en cantidad (Erikson, 2017). En este aspecto, el foco de atención en una investigación cualitativa tiene que ver con los procesos y significados que no se obtienen de manera experimental o que no son medidos en términos de cantidad, intensidad, frecuencia, duración, etc. (Denzin & Lincoln, 2017). En la investigación cualitativa, se trabaja directamente con los individuos para intentar darle sentido a aquello que los participantes cuentan (Liamputtong, 2019b).

Para Liamputtong (2019) algunas de las características comunes en la investigación cualitativa son que, es fundamentalmente interpretativa y que los significados y la interpretación son la esencia de la investigación cualitativa. Se pregunta por qué, cómo y sobre qué circunstancias las cosas suceden y toma lugar en el contexto natural de la vida humana. Se sitúa en marcos metodológicos diversos y usan métodos múltiples. Es emergente más que predeterminada. Asimismo, los participantes se entienden como respondientes activos y el investigador representa el medio por el que la investigación se da.

La investigación cualitativa ofrece ayuda para que los investigadores puedan obtener conocimiento de los problemas sociales para activar los entendimientos múltiples y subjetivos (Hesse-Biber, 2017). Además de ello, la investigación cualitativa penetra en diferentes campos de conocimientos y disciplinas (Denzin & Lincoln, 2017).

Dentro de la investigación cualitativa existen diferentes métodos y perspectivas para conducir un trabajo. Entre ellos están las investigaciones narrativas, hermenéuticas, fenomenológicas, heurísticas, feministas etc. (Liamputtong, 2019a).

En el presente estudio, las entrevistas semiestructuradas fueron el punto de acceso, es decir, la técnica de recolección de datos. Las experiencias no académicas (currículo oculto) expresadas durante las entrevistas fueron las unidades de análisis. Finalmente, la perspectiva hermenéutica orientada por la teoría fue la técnica de análisis de datos (Alsaigh & Coyne, 2021). A continuación, se presenta el diseño metodológico del estudio donde se explica a detalle cada uno de los pasos a seguidos y las técnicas empleadas.

Es importante señalar que el diseño general del estudio se elaboró considerando que la realidad es dinámica, global y construida (nivel ontológico), los criterios de validez de conocimiento son desde la perspectiva abductiva y parte de la realidad concreta (nivel epistemológico). Asimismo, el método que se contempla es emergente, pluralista, interpretativo y flexible (nivel metodológico) y finalmente, se define claramente el empleo de estrategias para recabar la realidad concreta del objetivo de investigación (nivel técnico) (Rodríguez et al., 1999; Green & Thorogood, 2004; Harreveld et al., 2016).

7.2 Alcance

Se realizó un estudio exploratorio desde el enfoque cualitativo.

7.3 Técnica de recolección de datos

Desde el punto de vista cualitativo, la entrevista permite descubrir “verdades” y revelar las “realidades” sintetizadas en sus experiencias personales, por tanto, la técnica de entrevista semiestructurada permitió entender la “biografía académica” sobre los mensajes, actitudes y valores posibles de ser analizados desde la bioética hermenéutica que plantea Gadamer y

la forma en la que los residentes la han construido a nivel académico, personal, histórico, cultural y social (Kvale, 1996; Schostak, 2006).

La técnica de recolección de datos por entrevista semiestructurada representó una herramienta y punto de acceso para extraer información que permitió develar la unidad de análisis (las experiencias no formales) asociadas al currículo oculto que fue de particular interés en el presente estudio. Además de representar una herramienta comúnmente empleada, la entrevista semiestructurada representa una técnica adecuada para identificar cómo es que los participantes describen los episodios y las experiencias dentro de su formación académica (Howitt, 2010).

Por tanto, la técnica empleada consistió en entrevistas semiestructuradas, entendidas como conversaciones con una guía de preguntas que el entrevistador define para lograr el propósito de extraer información sobre un tema o una serie de temas (Kvale, 2011). Las entrevistas sirvieron para explorar los mensajes, actitudes y valores que han sido transmitidos de manera no formal a los residentes de psiquiatría sobre la interpretación de los casos particulares y la incorporación de la *phrónesis* en su práctica profesional, que son planteados desde la bioética hermenéutica con el enfoque de Gadamer. Dicho de otra forma, la entrevista permitió hacer la cartografía de las visiones múltiples (experiencias de vida, percepciones, opiniones y creencias) de los participantes (Schostak, 2006; Roulston, 2014).

7.4 Materiales e Instrumentos

Se empleó una guía de entrevista para facilitar la elaboración libre de las ideas con preguntas detonantes sobre las categorías: interpretación del caso particular e interpretación y toma de decisiones (*phrónesis*). Cada categoría abordaba los temas: mensajes, actitudes y valores, que indagan las experiencias no académicas de los residentes (Anexo 13.6 Guía de entrevista). Las preguntas fueron espontáneas, abiertas y representaron una guía para

extraer la información clave de los temas de interés respecto a las experiencias de los participantes.

Cabe señalar que, durante la entrevista, las preguntas expuestas en la guía nunca se preguntaron en el mismo orden y tampoco se preguntaron exactamente como aparecen en ésta. Se preguntaron conforme la información de los participantes iba apareciendo en diferentes momentos de la entrevista.

7.5 Participantes

Los participantes fueron 8 residentes de psiquiatría de cuatro de segundo y cuatro de tercer año de residencia dos unidades de la Ciudad de México que aceptaron voluntariamente participar en el proyecto de investigación. Participaron 5 mujeres y 3 hombres que cursaron la licenciatura en medicina en diferentes universidades del país. Es importante mencionar que se ha mantenido la confidencialidad de las unidades de procedencia y formación actual de los participantes durante todo el proceso de investigación.

7.5.1 Criterios de inclusión

Residentes de la especialidad en psiquiatría, de primer a cuarto año de residencia. Hombres o mujeres de 25 a 35 años, que provengan de alguna universidad pública o privada nacional.

7.5.2 Criterios de exclusión

Residentes de psiquiatría que al momento de expresar su deseo por participar en el estudio se estén formando en otra institución, estén visitando o rotando. Trabajadores sociales, enfermeras psiquiátricas, psicólogos o personal administrativo, es decir, otros profesionales de la salud mental.

7.6 Procedimiento

Se solicitó la aprobación de un Comité de Ética en Investigación (CEI) perteneciente a una de las instituciones participantes para realizar la investigación. Una vez obtenida la aprobación ética del proyecto (Número de aprobación: CEI/C/44/2021), se contactó con las personas responsables de cada una de las dos unidades para obtener su autorización. Se definieron los horarios, fechas y lugares para poder hacer la invitación a los residentes de acuerdo con las normas y reglamentos de cada unidad.

Se emplearon una serie de estrategias para invitar a los participantes como solicitar la autorización del área de enseñanza para obtener el permiso de asistir a alguna de las clases presenciales que los residentes toman para platicarles sobre la investigación. De esta manera se invitó a las y los residentes antes o al final de alguna de las clases según las instrucciones del área de enseñanza para que conocieran el estudio. Después de ofrecer la información a los interesados en participar en el estudio se les pidió amablemente que escribieran a la dirección de correo electrónico o al número telefónico del investigador responsable para facilitar la comunicación, hacer el primer contacto y así programar las sesiones de entrevistas, de acuerdo con los horarios de los participantes y el investigador.

El investigador principal se presentó y describió los objetivos y procedimiento del estudio a los posibles participantes. Se atendieron las preguntas que surgieron sobre el estudio. En caso de mostrar interés por el estudio y durante el inicio de la videollamada a través de la plataforma Zoom, se pidió que los participantes leyeran el consentimiento informado en voz alta antes de que comenzara la conversación. El consentimiento se obtuvo a través de la lectura en voz alta del enunciado que indicaba que la o el residente confirma participar en el estudio (Anexo 13.2).

Para salvaguardar que la participación fuera voluntaria, libre, informada y sin coerciones, se explicó de manera directa que el investigador principal no estaba ofreciendo ningún tipo de

remuneración económica o académica. Se insistió en que la participación era completamente voluntaria y libre. Se programaron las entrevistas acordando los horarios y fechas con ellos compartiéndoles el enlace para tal efecto. De igual manera, se empleó la estrategia de bola de nieve donde a los propios residentes se les pedía informar sobre el estudio para poder captar y contactar a otros posibles participantes.

Se contactó a los participantes el día acordado y se les envió un enlace por medio de la plataforma Zoom. Las entrevistas comenzaron en los horarios y fechas acordados con los residentes. Posteriormente, se recopilaron los datos sociodemográficos (edad, sexo, año de residencia y escuela de procedencia) de los participantes de manera general y se aseguró que tanto sus datos sociodemográficos como las entrevistas estuvieran protegidas en todo momento etiquetando, guardando, archivando, protegiendo (encriptados con claves de seguridad y estableciendo contraseñas) y anonimizando los archivos en la computadora personal de escritorio del investigador. Los archivos de audio y texto no se compartieron por ningún medio como correos electrónicos o dispositivos de almacenamiento extraíbles (p.ej. USB). En el caso de los archivos de texto, no se imprimieron por ningún motivo. Se contemplaron las reflexiones alrededor de los problemas éticos que pudieran presentarse al emplear plataformas digitales para conducir entrevistas en investigación cualitativa (Maldonado-Castellanos & Mondragón, 2023).

Debido a que el enfoque del estudio fue cualitativo, el criterio para definir el número de participantes fue de tipo teórico por saturación de información que significa en sentido amplio el criterio para discontinuar la recolección de información cuando el investigador encuentra que hay una redundancia de temas o que no aparecen temas, categorías o códigos nuevos (Glaser & Strauss, 1967; Saunders et al., 2018). En este sentido, toda vez que el objetivo fue captar las experiencias no académicas de los residentes de psiquiatría, se recibieron a aquellos que expresaron su deseo de participar sin establecer un número particular antes de hacer el estudio. La calidad de las propias experiencias de cada uno de

los residentes más que la cantidad, se considera teóricamente como única, irremplazable y científicamente útil.

Durante cada entrevista se realizaron constantes intervenciones para aclarar los conceptos empleados por los participantes, así como dar contexto a las situaciones que los participantes iban narrando de acuerdo con la guía de entrevista. Se mantuvo la focalización del tema para evitar hablar de asuntos que puedan ser irrelevantes para los propósitos del estudio, pero permitiendo, de manera respetuosa, que los estudiantes elaboraran sus respuestas e ideas, de forma espontánea y libre. El objetivo fue captar las experiencias académicas de los participantes desde una perspectiva sensible y atenta. Se cuidó la relación interpersonal de forma respetuosa antes, durante y después de todas las entrevistas con los participantes. Se contempló que cada sesión tuviera una duración de aproximadamente 1 hora.

Siete de las ocho entrevistas realizadas fueron audio grabadas con previa autorización de los participantes a través de la plataforma Zoom para poder transcribir literalmente las intervenciones de los participantes. Ningún participante expresó el deseo de terminar la entrevista antes de tiempo.

7.7 Medidas extraordinarias por la pandemia por COVID-19

Después de la declaración de la Emergencia Pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) debido a la pandemia por la enfermedad COVID-19 relacionada al nuevo coronavirus SARS-CoV-2 identificado como altamente contagioso, los gobiernos en diferentes países respondieron con medidas de salud pública para evitar los contagios masivos (Sohrabi et al., 2020). En el caso de México, se implementó un semáforo epidemiológico que reguló las actividades sociales especificando medidas de seguridad pública. Una de ellas fue la estrategia nacional de Sana Distancia que reguló las actividades sociales². De acuerdo con

² El Gobierno de México publicó los acuerdos establecidos por la Secretaría de Salud que describen las medidas sanitarias reconocidas legalmente en el Diario Oficial de la Federación de acuerdo con el marco

esto, diversas unidades hospitalarias de atención reglamentaron de manera extraordinaria las situaciones en las que el personal administrativo, personal médico, usuarios y demás personas, pudieran asistir a las instituciones. Estas medidas estuvieron en armonía con las disposiciones de la Secretaría de Salud para evitar contagios masivos entre la población.

La emergencia obligó a replantear la metodología de las investigaciones en muchos centros e institutos no solo en México sino alrededor del mundo como ha ocurrido en el pasado (Donner & Diaz, 2018; Falb et.al., 2019; Kohrt et al., 2019; Bruno & Haar, 2020). Muchos protocolos se pospusieron debido a las medidas de salud pública que se adoptaron. Asimismo, la experiencia del pasado en investigación durante desastres o situaciones de emergencia permitió elaborar algunas ideas para que, en su momento, en el marco de la pandemia, los proyectos de investigación se llevaran a cabo atendiendo a las medidas de seguridad (Donner & Diaz, 2018).

Se consideró que, debido a las medidas de distanciamiento social implementadas por el Gobierno de México, las entrevistas se llevarían a cabo de forma virtual a través de la plataforma de videoconferencia Zoom que genera códigos únicos para cada reunión. Esta decisión se hizo pensando siempre en el bienestar y la seguridad de los participantes siguiendo las disposiciones sanitarias oficiales en esta emergencia sanitaria (Falb et al., 2019; O'Mathúna, 2015).

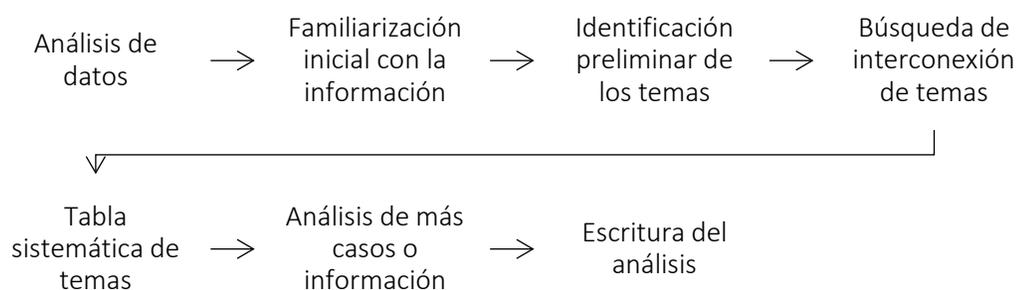
Es importante decir, que esta investigación no fue una investigación para atender la emergencia sanitaria, es decir no estuvo relacionada a la pandemia por COVID-19 y no contribuyó directa o indirectamente con este tema, pero se llevó a cabo en un contexto de medidas extraordinarias de distanciamiento social. De igual forma, las preguntas de la entrevista no estuvieron relacionadas con temas de la pandemia.

Para llevar a cabo una investigación de tipo cualitativo mediante el uso de entrevistas, que en ese momento era muy inestable por la emergencia sanitaria debido a que no se sabía claramente cuando se iban a levantar las medidas de distanciamiento social, se contempló el objetivo de respetar los derechos, la dignidad, la seguridad y el bienestar de los participantes durante todo el proceso como se hace en la investigación después de emergencias o crisis humanitarias (O'Mathúna, 2010; O'Mathúna, 2015).

7.8 Análisis de datos

Se realizó un análisis hermenéutico a partir de las experiencias de las y los participantes reflejadas en las entrevistas transcritas que son las unidades de análisis (Wernet, 2014). Se siguieron las principales fases del proceso de análisis en investigación cualitativa propuesto por Roulston (2014): (1) condensación del significado de la información, (2) reorganización de los datos e (3) interpretación y presentación. Este proceso está descrito y complementado en el siguiente diagrama de flujo de acuerdo con Howitt (2010):

Diagrama 1. Pasos en el análisis interpretativo



Fuente: Howitt (2010).

Para lograr la etapa de familiarización, se escucharon cada una de las entrevistas en tres ocasiones. La primera para corroborar la calidad de la grabación y para la familiarización con

la información. Posteriormente, se escuchó cada entrevista en un segundo momento para elaborar cada una de las transcripciones. Finalmente, en un tercer momento, cada entrevista se escuchó a la par de la transcripción para asegurarse de que la entrevista fue transcrita adecuadamente. Posteriormente se leyeron cada una de las transcripciones para poder extraer la información de manera preliminar. Se tomaron notas durante este proceso para clarificar la información clave, es decir, aquellos datos que serían relevantes para los propósitos del presente estudio de cada una de las entrevistas.

El análisis de los datos fue a partir del paradigma hermenéutico que permitió interpretar las realidades experimentadas por cada uno de los participantes que fueron extraídas a partir de la técnica de entrevista semiestructurada (Schökel & Bravo, 1998; Kristensson, 2010; Roulston, 2014; Schostak, 2006). La interpretación no se ve como un método sin fallas o libre de sesgos dentro de la investigación cualitativa. Uno de los enfoques es que la hermenéutica como método de interpretación se ve como una forma de diálogo que el investigador establece con la información recolectada y en donde diferentes perspectivas se encuentran (fusión de horizontes).

La hermenéutica pretende revelar el contenido latente de los discursos y su relación con las intenciones (contenido manifiesto) de los actores. Se trata de reconstruir estos dos sentidos del discurso. El hermeneuta es visto como alguien que pretende clarificar el sentido del discurso (Alsaigh & Coyne, 2021).

El análisis hermenéutico representa una controversia ya que no hay pasos o fases rígidas o universales para realizarlo (Tan et al., 2009; Lindseth & Norberg, 2004). No obstante, se siguieron las seis fases propuestas por Alsaigh & Coyne (2021) para lograr una orientación sistemática en el proceso de análisis de los datos: inmersión, entendimiento, abstracción, síntesis y desarrollo de temas, iluminación e ilustración del fenómeno y, finalmente, integración y crítica (Tabla 3). **Tabla 3. Fases del análisis hermenéutico**

Fase	Descripción
1. Inmersión	Las entrevistas son transcritas literalmente y leídas para tener un entendimiento global.
2. Entendimiento	Se investiga cuidadosamente las secciones y los enunciados para identificar los constructos de los participantes (subtemas).
3. Abstracción	Se identifican las categorías que vienen por parte del investigador para ordenar la información.
4. Síntesis y desarrollo de temas	Se fusionan los horizontes al agrupar los subtemas y los temas.
5. Iluminación e ilustración del fenómeno	Se enlaza la literatura con los temas y subtemas identificados.
6. Integración y crítica	Se critican los temas y se reporta la interpretación final de los hallazgos.

Fuente: Alsaigh & Coyne (2021).

Se realizó la etapa de identificación de subtemas y la búsqueda de interconexión entre ellos. Algunos de los títulos de los subtemas se derivaron de las propias palabras de los participantes y otros con base al marco teórico. Es decir, la interpretación de las participaciones de los residentes se realizó con base en el marco teórico (análisis orientado por la teoría) (Lindseth & Norberg, 2004) de este estudio que corresponde a las dos categorías identificadas en la bioética hermenéutica de Gadamer. Es en este punto donde descansa la validez de la interpretación de las entrevistas ya que están sujetas a un marco teórico previamente establecido.

En otras palabras, la interpretación se llevó a cabo desde un razonamiento o análisis abductivo (Moscoso, 2019) ya que no existe una teoría que unifique los temas de profesionalismo, currículo oculto y bioética hermenéutica de Gadamer en residentes de psiquiatría que fueron de interés para el presente estudio. Por ello, la abducción fue clave ya que permitió conectar el marco teórico con la información obtenida por medio de las

entrevistas permitiendo generar hipótesis y explicaciones nuevas. Las notas que fueron tomadas inicialmente durante la fase de familiarización sirvieron para llevar a cabo la identificación, reflexión y análisis sobre la interconexión de los subtemas extraídos de las entrevistas y el marco teórico descrito en el presente trabajo.

En comparación, la inducción parte de una hipótesis confirmada donde es probable para casos que no se han examinado, mientras que la abducción concluye algo nuevo sobre la base de la observación. La abducción sugiere que algo puede ser y coincide con el análisis hermenéutico que se realizó en el presente estudio (Moscoso, 2019).

Finalmente, se realizó una tabla que permitió organizar los subtemas que aparecieron durante el análisis hermenéutico para posteriormente redactar la sección de resultados a partir de la organización de las categorías, los temas y los subtemas identificados (Lacy et.al., 2015; Roulston, 2014).

La captura de los archivos se llevó a cabo en el programa tipo “CAQDAS” (Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software) MAXQDA que ayudó a archivar, localizar, analizar y recuperar los archivos que contienen las transcripciones de las entrevistas como un texto para identificar e interpretar las experiencias de los participantes que se contemplaron como las unidades de análisis. Se identificaron las categorías, los temas y los subtemas que sirvieron para organizar las experiencias de las participantes contenidas dentro de las entrevistas a través de un proceso iterativo para checar, volver a comprobar y revisar las ideas sobre los tópicos que aparecieron (Roulston, 2014).

7.9 Consideraciones éticas

Uno de los objetivos principales en la investigación en seres humanos es proteger la salud y la integridad de las personas. Así, para poder obtener nuevos conocimientos científicos se vuelve imprescindible que la persona a cargo del estudio tenga una guía ética que oriente cualquier acción y decisión tomada durante todo el proceso de investigación donde se reconozca y se respete la dignidad humana, así como las libertades de la persona.

Durante el presente estudio, el investigador se comprometió a no llevar a cabo procedimientos que puedan poner en riesgo la vida y la seguridad de la persona. Se evitaron torturas, actividades inhumanas o degradantes o tratos crueles durante la conducción de la investigación. Asimismo, el investigador se comprometió a tratar de manera no discriminatoria a los participantes del estudio durante todo el proceso. El respeto por la dignidad de los participantes incluye también la no injerencia en sus vidas privadas, así como el respeto a su honra y reputación protegiendo en todo momento la información que compartan durante el proceso de investigación.

En armonía con lo anterior, en todo momento se respetó la libertad de pensamiento y consciencia de los residentes que compartieron opiniones, puntos de vista, posturas o comentarios antes, durante y después de las sesiones de entrevista. Se determinaron horarios flexibles para facilitar la participación de aquellos residentes interesados sin que hubiera representado una afectación en sus horarios de trabajo o vacaciones que ellos hayan programado.

La realidad social de ese momento asociada a la pandemia por COVID-19 fue frágil, inédita y compleja que necesitó de una toma de decisiones constante que asegurara el rigor metodológico, la validez científica, pero sobre todo la seguridad de los participantes e investigadores (Falb et.al., 2019; Kohrt et al., 2019). Se consideraron los códigos éticos de investigación, las guías y los principios, pero también la ética de la virtud para tomar las decisiones, al amparo del pensamiento ético, que pusieron por encima de cualquier objetivo científico el bienestar de los participantes durante el proceso de investigación (O'Mathúna,

2015; Chiumento et al., 2017). Aunque la investigación no fue clínica, se siguieron estrictamente los 7 principios de la investigación clínica durante contextos de emergencia o desastre (que también pueden incluir las crisis humanitarias como una pandemia (Donner & Diaz, 2018; Kohrt et al., 2019; Perry, 2018): Valor, validez científica, selección de participantes, consideración de riesgo-beneficio, revisión independiente, consentimiento informado y respeto por los participantes (Donner & Diaz, 2018; Falb et al., 2019; O'Mathúna, 2015; Bruno & Haar, 2020).

Dentro de la presente investigación se identificaron dos beneficios directos para el participante. El primero fue la posibilidad de catarsis, es decir, los participantes pudieron ser escuchados en un contexto de investigación donde pudieron expresar sus experiencias no académicas relacionadas a los mensajes que reciben de los profesores, compañeros, colegas, u otros profesionales asociados al trato que brindan a los pacientes que atienden en un contexto de investigación. Además, los participantes pudieron reflexionar sobre el tema del trato digno y profesional a los pacientes.

Un posible beneficio indirecto fue que la información generada como resultado de la investigación podría llevar a cabo propuestas académicas, didácticas y de enseñanza para los residentes de psiquiatría en el futuro, así como la posibilidad de proponer marcos regulatorios y de enseñanza a los médicos psiquiatras en formación para mejorar la atención a la salud mental, que podrían beneficiar a los usuarios de servicios de salud mental directamente en un futuro. (Anexo 13.2)

Los beneficios, así como los riesgos tanto directos como indirectos, se identificaron de tal manera que los participantes tuvieron información (que es un derecho que ellos y ellas tienen) adecuada y suficiente para lograr el conocimiento claro de los objetivos y métodos de la investigación en la que participaron donde se respetó en todo momento su integridad física y mental, así como su personalidad. Con ello, los participantes pudieron decidir

participar, no participar o abandonar el estudio de manera libre y sin repercusiones, en cualquier etapa del estudio.

Toda la información relativa al proceso del estudio quedó debidamente explicada en el documento de consentimiento informado que es absolutamente esencial e ineludible que se leyó a todos los participantes del estudio.

La normativa ética que se consideró en el estudio fue la Declaración de Helsinki (Principios básicos: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), el Código de Núremberg (Norma 1), el Informe Belmont (Principios básicos: Respeto por las personas, Beneficencia, Justicia, Consentimiento Informado, Voluntariedad, Valoración y naturaleza de riesgos y beneficios), la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (Arts. 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 20), las Pautas y orientación operativa para la revisión ética de la investigación en salud con seres humanos (Pauta 10) y las Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (Respeto por las personas, Beneficencia, Justicia; Pautas: 1, 2, 4, 5, 6, 8, 12, 13, 16, 17, 18).

7.10 Aspectos normativo-jurídicos

Consideraciones normativo-jurídicas fueron contempladas durante la redacción del diseño del estudio. A continuación, aparecen condensadas las normativas que fueron seguidas.

Se consideraron y se siguieron los principios elementales del artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de la Declaración Universal de Derechos Humanos (Arts. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 12, 18, 19, 24, 27, 28, 29),

Asimismo, se consideraron los aspectos ético-jurídicos del título V de la Ley General de Salud (Arts. 96, fracciones I, III, V; 97, 100 fracciones I, II, III, IV, V, VI) , la Norma Oficial Mexicana 012 de la Secretaría de Salud (Puntos 1, 2, 3, 3.1, 4.3, 4.12, 4.21, 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10,

5.11, 6.1, 6.2, 6.2.1, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4, 6.2.5, 6.2.7, 6.2.8, 6.2.9, 6.2.10, 6.2.11, 6.2.12, 6.3.1, 6.3.2.8, 6.3.2.10, 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 10.1, 10.2, 10.3, 10.4, 10.5, 10.6, 10.7, 10.8, 10.9, 10.10, 11.1, 11.2, 11.2.1, 11.3, 11.5, 11.7, 12.1, 12.3, 13), el Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (Art. 3 fracciones I, II, V; 13, 14 fracciones I, III, IV, V, VII, VIII; 16, 17 fracción II; 18, 19, 20, 21 fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, XI; 22 fracciones I, II, III, IV, V; 23, 24, 57, 58 fracciones I, II, III) y la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (Arts. 20, 26, 27 y 28).

8. RESULTADOS

Se llevaron a cabo 8 entrevistas en línea por la plataforma de videoconferencias Zoom con residentes de dos instituciones donde existe la residencia en psiquiatría en la Ciudad de México con una duración media de 44 minutos. De acuerdo con el marco teórico propuesto, se aplicaron dos categorías principales para organizar las respuestas de las personas que participaron en el estudio. Una de ellas fue el tema de la interpretación de casos y la segunda fue la toma de decisiones o *phrónesis*. En cada categoría se aplicaron tres temas: mensajes, actitudes y valores que coinciden con el modelo de currículo oculto propuesto en el presente trabajo. Finalmente, se identificaron los siguientes subtemas después de hacer el análisis hermenéutico de las entrevistas (Tabla 4):

Tabla 4.

Condensación de las categorías, temas y subtemas.

Categorías <i>(Bioética hermenéutica de Gadamer)</i>	Temas <i>(Currículo oculto)</i>	Subtemas <i>(Análisis hermenéutico)</i>
Interpretación de los casos	Mensajes	<ul style="list-style-type: none">• <i>Usar de manera útil el tiempo</i>• <i>Imitar a personal de más experiencia</i>• <i>Profundizar en la entrevista</i>• <i>Entender la vida del paciente</i>
	Actitudes	<ul style="list-style-type: none">• <i>Ser clínico</i>• <i>Ser pragmático en urgencias</i>• <i>Interesarse por escuchar al paciente</i>• <i>Interpretar el lenguaje sobre la experiencia del paciente</i>• <i>Vincularse con el paciente a través de las notas</i>

	Valores	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Respeto</i> • <i>Empatía</i> • <i>Autonomía</i>
Toma de decisiones / phrónesis	Mensajes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Toma de decisiones</i> • <i>Evaluar la lucidez del paciente</i>
	Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tensiones entre expectativas</i> • <i>Buscar soluciones normativas</i> • <i>Deliberar</i> • <i>Apegarse a principios biomédicos</i>
	Valores	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Principlismo</i> • <i>Hermenéutica</i>

Fuente: Elaboración propia

8.1 CATEGORÍA: INTERPRETACIÓN DE LOS CASOS

En cuanto a la categoría sobre la interpretación de los casos, las conversaciones abordaron temas sobre la importancia que tiene interpretar la vida de los pacientes, así como la forma en la que expresan de manera muy particular sus síntomas. Se pidió a los participantes tener en mente aquellas conversaciones informales, al momento de responder para poder enmarcar las vivencias de las y los participantes que corresponden al currículo oculto. Por ejemplo, una persona mencionó que:

“...pues sí era muy estresante como recibir este mensaje como muy ambivalente, como preocuparse por el paciente dar la mejor atención, pero en media hora ...”.

Este extracto tiene que ver con el tiempo que se les da para poder atender a los usuarios el cual es insuficiente e impide que haya una exploración más a profundidad de la vida de los

pacientes lo cual es primordial para poder entender el contexto en el que llega la persona. La reflexión detrás de esta participación que puede formularse es: ¿cómo pedir una atención de calidad y, sobre todo, ética, cuando el tiempo para poder explorar no sólo los síntomas del paciente sino sus experiencias personales, es insuficiente? Esta situación se expresa en el siguiente extracto:

“... vemos pacientes muy complejos, la mayoría de ellos tienen un contexto sociocultural, es muy feo, por algo ... pues es parte importante de su padecimiento actual y abordarlos en media hora, cada mes y medio, cada dos meses es difícil”.

8.1.1 Tema: Mensajes.

Uno de los tres temas planteados en el modelo del currículo oculto en el presente trabajo son los mensajes que hacen referencia a la información transmitida a los residentes de psiquiatría sobre la forma de atención a sus pacientes. Por ejemplo, una persona que participó mencionó:

“... y, pues sí, la verdad es que sí es muy difícil como decirle al paciente no me interesa eso, pues vamos a abocarnos a lo que pasó, o sea porque finalmente pues es parte de un todo ¿no?”.

La participante hizo referencia a que los pacientes llevan a la consulta una serie de experiencias que van compartiendo a lo largo de la consulta, situaciones que para la persona puede ser importante comentar pero que consumirían mucho tiempo de la entrevista o de la sesión. Es decir, lamentablemente el tiempo es apremiante sobre todo en los servicios de salud ofrecidos en instituciones de gobierno como se observa en un par de extractos:

“Ok yo creo que bueno en, en particular el tiempo que nos dan no, definitivamente no es suficiente”

y

[explicando algo al paciente] “... lamento mucho que sea como algo restringido, pero va a haber momentos en los que voy a tener que interrumpir o dirigir más la entrevista ...”.

Subtema: USAR DE MANERA ÚTIL EL TIEMPO

El *Usar de manera útil el tiempo* fue un subtema identificado donde se resaltó la preocupación de ubicarse entre brindar una atención de calidad que es algo que se les pide a los residentes durante toda su etapa formativa y sobre todo en cuanto ya empiezan a ver pacientes, pero con el reto de tener que hacerlo en poco tiempo. A pesar de que las entrevistas en el área de la salud mental se hacen de acuerdo con los principios de empatía y libertad de expresión entre otros, el contexto burocrático de las instituciones a veces obliga a los profesionales a tener que redireccionar las preguntas para aprovechar el tiempo y es algo que las y los residentes van adquiriendo a través del tiempo y que en ocasiones se transmite por medio del currículo oculto como lo narró una persona:

“... te vas formando tu propia ... pues tú propio como ... criterio ... tu propia forma de exploración o de abordaje con los pacientes”.

Los estudiantes de psiquiatría llegan a los programas de residencia con indicaciones de atender a sus primeros pacientes de acuerdo con las reglas de operación de cada unidad o de cada institución. También pueden tener expectativas sobre la forma en la que van a hacer su exploración de acuerdo con lo aprendido en la etapa de pregrado. Sin embargo, poco a poco se dan cuenta que no tienen el tiempo que quisieran para hacer una exploración más completa por lo que van ajustando esto a lo largo de su formación. Los residentes pueden

incluso consultar a otros colegas de más años de experiencia o profesores sobre cuánto tiempo tienen que destinarles a los pacientes para que hablen y se expresen libremente. Por tanto, esta habilidad se va moldeando a lo largo del tiempo.

El mensaje sobre el uso del tiempo tiene que ver con ser más productivo. Esto genera una serie de interrogantes en los propios residentes ya que al entrar en esta etapa de formación se van dando cuenta que deben tener más rendimiento sin dislocar los aspectos técnicos y epistémicos de su profesionalismo. La tensión se da en el aspecto ético que apunta a poder dar espacio al paciente de expresarse más libremente algo que pudiera ocurrir con más facilidad en un contexto de consulta privada que en un contexto de consulta pública donde el número de pacientes es superior. Esto habilita el entendimiento global de la experiencia de vida de cada uno de los pacientes.

Subtema: IMITAR A PERSONAL DE MÁS EXPERIENCIA

Un segundo subtema que apareció fue nombrado *Imitar a personal de más experiencia*. Para iniciar la explicación de este subtema, se presenta la siguiente participación:

“... que sí influye mucho en cómo ... pues los pacientes se perciben a sí mismos dentro de un grupo social y cómo perciben estas relaciones...”

y la misma persona que participó agregó:

“... la mayoría de los médicos adscritos, pues si te incitan como a ahondar más al respecto, justamente porque todo tiene relación en ese momento ...”.

La participación de profesores, médicos o colegas con más años de experiencia como clave ya que al ser socialmente percibidos como figuras de autoridad, son consultados al momento de tener que aclarar sobre algún procedimiento, en este caso para explorar más a profundidad la vida de los pacientes. Esto quiere decir que las personas de más experiencia entienden lo importante que se vuelve profundizar en la vida de los pacientes y no solamente verlos de manera superficial. Por lo tanto, parece haber un intento por complementar la información que se pide de manera burocrática a las y los usuarios involucrándose más con ellos y con sus vidas de acuerdo con lo que comentan con personas de más experiencia quienes parecen sí incitarles en tener un acercamiento más interesado en la experiencia de los pacientes.

Subtema: PROFUNDIZAR EN LA VIDA DEL PACIENTE

A pesar de tener materias o clases donde formalmente sean instruidos en los procedimientos que se tienen que llevar a cabo en las unidades donde se están formando, la realidad es que hay otros espacios de enseñanza como esas preguntas u observaciones de colegas de más experiencia que sirven como modelos. La imitación de personal de más experiencia representa la forma en la que los estudiantes entienden qué es lo que se debe hacer para brindar una atención apegada a los estándares técnicos, epistémicos y éticos de lo que debería hacer un profesional de la salud mental. El hecho de que personal de más experiencia profundice en la vida de los pacientes impacta de manera decisiva ya que posteriormente los residentes imitarán esta decisión cuando estén en sus propias consultas. Es como decir, si alguien de más experiencia lo hizo, quiere decir que es algo que se debe hacer.

Para poder interpretar la vida de los pacientes aparecen mensajes dentro del currículo oculto sobre la forma en la que se debe hacer la exploración del paciente, por ejemplo:

“... pues si te van diciendo como pues como que no seas tan cuadrado, tienes que ser como más flexible en la forma en la que interrogas”.

Se identificó un tercer subtema que es *Profundizar en la vida del paciente*. Regularmente los formatos oficiales de entrevista o de seguimiento de las unidades contienen preguntas muy dirigidas y específicas. La posibilidad de maniobrar se vuelve difícil ya que se deben completar a pesar de que quizás el paciente quiera mencionar o hablar de otros temas. Sin embargo, también el propio contexto del currículo oculto pide al residente en formación que puede ser más flexible en llenar esos formatos para no dar una atención tan burocrática sino justamente más profesional tomando la decisión de profundizar en la entrevista. Esto es algo que se mencionó en varias participaciones como “dar la libre tribuna” al paciente. Es decir, permitir que hable de manera libre y espontánea y con ello abrir la posibilidad de entender la vida del paciente de manera más global.

“... siempre hablamos de escuchar al paciente, o sea, siempre decimos que no, que tratamos de no encasillarlo como en algún diagnóstico y que, pues que se deje a medida de lo posible la libre de tribuna del paciente, porque muchas veces ahí te dicen mucha información, entonces creo que es lo que más se dice, como que trates de ... de entender al paciente y no al diagnóstico, entonces creo que es lo que más comentamos”.

Este extracto hace referencia a que se comentan este tipo de situaciones dentro de las clases, pero también fuera de ellas, es decir, en el marco del currículo oculto. Dicho de otra forma, cuando la participante menciona que *hablan* del tema de escuchar al paciente, lo hace refiriéndose a que los residentes, al ser estudiantes, constantemente dialogan en diferentes espacios que no forzosamente son en clases por diferentes razones, como la propia duración o frecuencia de ciertas clases. Pero hay momentos en los que pueden discutir y compartir

ideas sobre temas que les preocupan como el tiempo que tienen para escuchar y poder entender e interpretar a un paciente.

Subtema: ENTENDER LA VIDA DEL PACIENTE

Como lo narró una participante, se pide que entiendan al paciente y no únicamente al diagnóstico. Por tanto, un cuarto subtema identificado fue el de *Entender la vida del paciente* que hace referencia a superar la simple exploración de los aspectos estrictamente biomédicos durante la entrevista. Los pacientes representan historias vivientes que trascienden a los síntomas que les aquejan. A continuación, se presenta el siguiente extracto:

“... vemos pacientes muy complejos, la mayoría de ellos tienen un contexto sociocultural muy feo, por algo pues es parte importante de su padecimiento actual y abordarlos en media hora, cada mes y medio, cada dos mes [es difícil] ...”

Esto es un mensaje clave ya que se puede interpretar como un intento de alejarse de una atención excesivamente burocratizada y dirigirse a otro tipo de exploración donde se recojan las experiencias de los pacientes de forma más completa. Aspectos sobre qué le preocupa a la persona, cómo vive el trastorno, con quién lo vive, de qué forma lo entiende, cómo intenta afrontarlo o sobrellevarlo, son apenas algunas de las cuestiones que participan en el entendimiento de la vida del paciente.

8.1.2 Tema: Actitudes.

Otra vía importante por la que se transmite el currículo oculto de acuerdo con el modelo propuesto en el presente trabajo es a través de las actitudes observadas por parte de personas que fungen como modelos. Los residentes en formación están expuestos a

diferentes actitudes de profesores, de residentes de más experiencia o de personal de la institución donde se están formando quienes comunican actitudes.

Subtema: SER CLÍNICO

El subtema *Ser clínico*, refiere a una actitud por parte de otros colegas o profesores que tiene que ver con completar el formato de entrevista que se tiene en la institución más que en darle una relevancia a los síntomas e historia del paciente que quiere compartir. Por ejemplo, una persona mencionó:

“...o algunos adscritos que, sí se enfocan más justamente en esta parte, como de la experiencia particular de los pacientes y hay otros que son más clínicos, que son más, se evocan más como al objetivo de la entrevista...”

A medida que la formación va avanzando, estas actitudes se pueden adherir a la práctica de los médicos residentes en formación. Desde el currículo oculto aprenden a comportarse y a hacer ciertas cosas y a evitar otras. Para ilustrar esto se presentan los siguientes extractos:

“... no es como ir llenando criterios ... sino realmente justo ver cómo lo está viviendo el paciente ...”

“sí, yo creo que sí es muy importante porque pues justamente en nuestra especialidad va mucho más allá de interrogar la presencia de signos y síntomas...”

Subtema: SER PRAGMÁTICO EN URGENCIAS

Dentro de los hospitales e instituciones de atención a la salud mental hay diferentes servicios, que requieren de actividades particulares. Por ejemplo, el área de urgencias será diferente a la consulta externa donde se brindan terapias psicosociales (p. ej. Terapia Dialéctico Conductual, Terapia Cognitivo-Conductual) con objetivos de tratamiento específicos³. Lo que tienen que hacer los profesionales en cada una de estas áreas estará en función de las reglas de operación. Asimismo, dependiendo del área de la unidad de atención, las actitudes cambiarán sobre lo que se espera que hagan los residentes en formación. Una persona resaltó la siguiente experiencia:

“... como tal en el área de urgencias no siempre hay, como todo este tiempo de a veces lo que uno quisiera investigar.”

Precisamente un segundo subtema identificado fue el de *Ser pragmático en urgencias*. Las actitudes que tienen y la expectativa de qué deben hacer los residentes en formación si están en el área de urgencias es que sean más pragmáticos debido a que no hay tiempo de explorar con la profundidad que se quisiera. En este sentido se espera que los residentes logren una respuesta orientada a la resolución del problema en el corto plazo, por ejemplo, una crisis de ansiedad, un brote psicótico o un intento de suicidio que intentar darle un seguimiento como si se tratara de una sesión psicoterapéutica en el área de psicología.

³ Dentro de los servicios a pacientes o servicios clínicos están: la cita de primera vez, la urgencia psiquiátrica hospitalización, consultas subsecuentes, servicios auxiliares, clínicas de subespecialidad y el Centro de Salud Mental y Adicciones en la Comunidad. Estos servicios aparecen descritos en: <https://www.inprf.gob.mx/clinicos/indexnew.html>

Subtema: INTERESARSE POR ESCUCHAR AL PACIENTE

Un tercer subtema dentro del tema de las actitudes fue: *Interesarse por escuchar al paciente*. En este sentido, algunos residentes que participaron mostraron preocupación sobre la forma en la que los pacientes viven, su contexto y sus experiencias personales. Una persona refirió:

“... siempre la verdad que platicamos mucho sobre los pacientes sobre ... historias como muy ... parecen películas a veces, y entonces la misma interacción con el paciente lleva a preguntarle más sobre su entorno, no tanto como ... como los síntomas”.

Por tanto, sí hay un interés por fomentar que escuchen y atiendan a los pacientes de manera empática para poder entender a las personas en su dinámica personal, social, familiar, etc. por parte de profesores o colegas de más experiencia. Desde luego, la exploración directa con el paciente es muy relevante ya que no se disponen de otros recursos diagnósticos como estudios de laboratorio o de gabinete como ocurre en otras áreas de la medicina donde el paciente incluso puede diagnosticarse incluso sin conocerlo, pensemos en una prueba de sangre para hacer un diagnóstico de Hepatitis. En psiquiatría esto no es así, la entrevista y el contacto con el paciente es ineludible por lo que tiene sentido que haya actitudes que hacen pensar en que la exploración a profundidad de la vida de los pacientes es importante.

Subtema: INTERPRETAR EL LENGUAJE SOBRE LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE

Durante las entrevistas apareció el tema de que los pacientes tienen formas de expresar sus experiencias con vocabulario muy particular e incluso poco técnico, y si para ellos era importante entender esas experiencias personales. Esto se identificó como un subtema nombrado *Interpretar el lenguaje sobre la experiencia del paciente*. Como lo narra una de las personas participantes:

“aunque los síntomas son los mismos, por así decirlo ... entonces se considera que sí es importante como escuchar esa parte de cómo lo está expresando el paciente”.

Aunque pudiera parecer obvio que es importante conocer la experiencia del propio paciente, los participantes relataron que no siempre es así durante su proceso de formación. Es decir, esto se va moldeando en el transcurso de los años como lo expresó una persona de la siguiente manera:

“A lo mejor cuando ... cuando recién llegamos a empezar la residencia no teníamos la misma sensibilidad ante, pues cómo son las vivencias que suelen tener las personas que tienen estos padecimientos, entonces, pues como que al principio nada más nos centramos en lo biológico y creo que eso fue cambiando”.

Esto es importante ya que, si bien los residentes platican sobre la importancia de entender a los pacientes en sus relatos personales y la forma de entender su experiencia, esto no siempre es así, va cambiando mientras avanzan en su formación lo que hace referencia a la influencia del currículo oculto en su desarrollo profesional.

Subtema: VINCULARSE CON EL PACIENTE A TRAVÉS DE LAS NOTAS

En el marco de las actitudes dentro del modelo del currículo oculto, se van transmitiendo actitudes que se traducen en aspectos de la práctica cotidiana de los residentes. Por ejemplo, una persona manifestó lo siguiente:

“por ejemplo, hasta en mis notas anotar como cositas del paciente, ¿no?, si me dice que estoy viviendo, no sé con mi tía [...] que me cae muy bien y ya no vivo con tal que no me cae bien, entonces retomo

un poco de ... de eso en la siguiente consulta. También para que el paciente a lo mejor no sé, sienta que, que no sé, que no me acuerdo de lo que, o que como si no hubiera seguimiento, ¿no?, entonces yo sí, yo sí le doy importancia”.

No hay reglamentos o códigos de conducta que los residentes deben escribir cosas en sus notas para tener en mente todos los detalles que los pacientes revelan durante las sesiones. No hay materias donde enseñen esto de manera formal. Es decir, es algo que se adquiere por currículo oculto de acuerdo con lo que otras personas como compañeros o profesores hacen y que representan modelos para sus propias conductas. Esto se identificó en el quinto subtema como *Vincularse con el paciente a través de las notas*.

Tener un seguimiento con los pacientes a través de las notas es percibido como una forma de generar un vínculo profesional con los pacientes:

“... no pasa nada si me atraso dos o tres minutitos ... justo, pues valorando cada una de las situaciones, o sea, si la persona empieza como a platicar sobre algo, pues también sirve como para hacer un vínculo con la persona que está bien, o sea, pero ya cuando llevamos a lo mejor yo digo, bueno, le voy a dar 10 minutitos, 15 minutitos de tribuna libre, lo que quiere decir, pero ya después que llevo más de la mitad de la consulta, ya necesito dirigirlo, ¿no?”.

Ahora bien, también hay preocupaciones al respecto de las notas. Por ejemplo, un participante mencionó que les enseñan, a través de algunas actitudes que percibe, como comentarios durante las sesiones clínicas o en conversaciones informales dentro de la unidad de formación a basar su práctica en lo que aparece en las notas algo que el nombró como *“medicina basada en notas”*. Esta era una preocupación para la persona participante ya que, en contraposición de lo comentado anteriormente, en este tema también se percibían

actitudes donde es importante documentar a través de las notas las mejores prácticas y no forzosamente lo que realmente pasa durante el contacto con el paciente. Las notas al ser un documento oficial y legal se ven como un instrumento utilizado para proteger la práctica de los residentes ante cualquier problema legal.

8.1.3 Tema: Valores.

Otro de las vías por los que se transmite el currículo oculto es a través de los valores que tienen que ver con las cualidades axiológicas atribuidas a las conductas de los residentes. Fuera de las clases los profesores y colegas hablan de valores y sobre todo evalúan específicamente conductas como “buenas”, “malas”, “éticas o “poco éticas”.

Subtemas: RESPETO, AUTONOMÍA, EMPATÍA, LIBERTAD

Es a través de las conductas percibidas como adecuadas o éticas que los usuarios de servicios de salud mental reciben buenos tratos. Las decisiones del residente sobre un caso pueden ser distintas a lo que los pacientes quieren y precisamente en este tipo de escenarios es donde aparecen esos valores que son traducidos en conductas específicas. Como lo relató una persona:

“... pues eso es algo que a lo mejor tú no estás de acuerdo, pero pues ese no es el objetivo, ¿no? Y pues tienes que respetar finalmente la individualidad del paciente”.

El respeto fue uno de los valores identificados por las y los participantes como importante al momento de llevar a cabo su práctica profesional ya que tradicionalmente los pacientes se han visto como personas que no tienen la capacidad de tomar decisiones por sí mismas. Sin embargo, las campañas y los modelos educativos contemporáneos para sensibilizar a los profesionales de salud mental han permitido generar discusiones sobre la importancia de

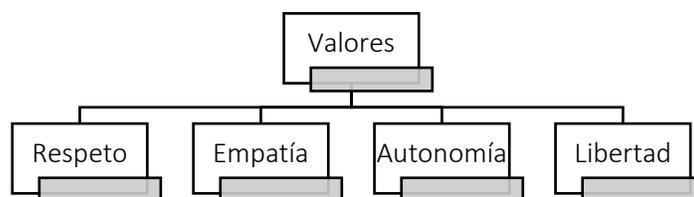
tomar en cuenta lo que la persona quiere y no quiere durante el tratamiento que resalta la importancia del respeto a esa individualidad y sobre todo a la autonomía de los pacientes.

En una participación se resaltó lo siguiente:

“... pues sí, la autonomía es muy importante también, por ejemplo, acá en [la institución enmascarada], nosotros somos mucho, como de todo es voluntario, nada es en contra del paciente y aunque por ejemplo en las altas voluntarias la mayoría de las ocasiones no estamos de acuerdo [se respeta lo que dice el paciente] ...”.

En este sentido, los valores identificados por los participantes fueron tres, *respeto, empatía, autonomía y libertad*. Posiblemente porque la práctica en psiquiatría es pragmática en ese sentido en donde solo se resaltan estos tres valores que orientarían la práctica de los residentes. Pero es interesante que no se hayan mencionado temas como la honestidad, el respeto por la privacidad o la justicia que se consideran como importantes en la atención a los pacientes.

Fig. 6 Subtemas identificados en el tema de valores.



Fuente: elaboración propia.

8.2 CATEGORÍA: TOMA DE DECISIONES O PHRÓNESIS

En cuanto a la categoría sobre la toma de decisiones o phrónesis, las conversaciones tuvieron que ver sobre la forma en la que las y los residentes llevan a cabo elecciones en las diferentes etapas del contacto con sus pacientes (evaluación, tratamiento, seguimiento). De igual manera, se les pidió tener en mente conversaciones informales para extraer las vivencias y enmarcarlas en el tema del currículo oculto. Por ejemplo, una persona que participó comentó:

“De hecho es algo que es muy usual en nuestra práctica como comentar la situación entre nosotros”.

Cabe señalar que el tema del currículo oculto también está contextualizado a la época contemporánea donde los medios digitales se están haciendo cada vez más presentes. Uno de los residentes comentó que un medio por el cual se comunican son los *chats* en aplicaciones que tienen en sus teléfonos móviles. Esto quiere decir que en las diferentes plataformas y aplicaciones de redes socio digitales disponibles en la actualidad, forman grupos donde aparecen diversos tipos de información. En este sentido, cuando los participantes expresaron que platican o comentan cosas, también se interpretó como que esto puede ocurrir a través de estos medios.

Durante la entrevista, surgió la duda de si los residentes toman decisiones por ensayo y error dependiendo la situación con sus pacientes o su conocimiento del diagnóstico. Por ello, alguien más agregaría ante la pregunta textual de si las decisiones se basan en ensayo y error [palabras del investigador]:

“...exactamente ensayo y error y retroalimentación”.

8.2.1 Tema: Mensajes.

La bioética incluye diferentes conceptualizaciones éticas que superan la ética médica tradicional que en un algún momento no logró ofrecer reflexiones más completas dentro del complejo escenario asociado al acelerado avance tecnocientífico que se dio a partir de la década de 1970. La bioética permitió el diálogo entre migrantes de otras disciplinas frente a problemas comunes. Dentro del área de la salud mental, estos problemas comunes tienen que ver con la autonomía de las personas con discapacidad psicosocial, los malos tratos a los pacientes, la discriminación, el estigma, el uso de medicamentos para controlar a la persona más que para mejorar su calidad de vida, la incapacidad de los pacientes para hacerse cargo de sí mismos, etc.

Subtema: TOMA DE DECISIONES DE LOS PACIENTES

La propia idea de que el paciente no puede tomar decisiones por su estado de salud mental ha sido motivo de controversia. Los avances teóricos en cuanto a la comprensión de las discapacidades psicosociales han evidenciado que las personas pueden tener estados intermitentes de lucidez, conocido como intervalo lúcido que les permitiría tomar decisiones como cualquier otra persona. Una persona participante comentó lo siguiente:

“... entonces ..., al paciente a su privacidad, sobre todo nos han tocado muchos casos y creo que eso es algo que desde un inicio inculcaron mucho respetar la decisión del paciente”.

Por ello, en subtema *Toma de decisiones de los pacientes* es muy frecuente que los pacientes en cualquier área médica tengan que tomar alguna decisión sobre su diagnóstico o tratamiento. Una persona podrá elegir no tomar un medicamento o suspenderlo, alguien más podrá decidir que va a posponer una visita médica y finalmente, otra persona podrá decir que quiere una alta voluntaria después de una intervención médica. En el área de la

salud mental, este tipo de decisiones por parte de los pacientes es particularmente motivo de discusión por las propias conceptualizaciones que se tienen sobre lo que son las enfermedades mentales y sobre las capacidades que tienen pacientes que han recibido un diagnóstico en esta área.

Subtema: EVALUAR LA LUCIDEZ DEL PACIENTE

Por poner algunos ejemplos de este subtema, es motivo de controversia que un paciente con Trastorno Depresivo Mayor resistente a tratamiento decida no aceptar el internamiento después de un intento de suicidio. También lo es el que un paciente con un Trastorno Psicótico sea enviado a casa porque solicita la alta voluntaria. Los pacientes presentarán muchas decisiones durante su diagnóstico y tratamiento y es importante que los residentes desarrollen la capacidad de saber qué hacer en estos casos. No solamente a nivel técnico (hacer sujeción gentil) o epistémico (diagnosticar a una persona) sino también a nivel ético.

Un trastorno altamente estigmatizado ha sido precisamente la esquizofrenia y en general otros trastornos psicóticos por la intermitencia en la lucidez de quienes lo padecen. Respetar la decisión del paciente es algo que se discute constantemente entre los profesionales de la salud mental, los estudiantes, los académicos, familiares y por supuesto los propios usuarios ya que aparecen muchas dudas, sobre todo al momento de aplicar algún tratamiento o sugerencia de tratamiento.

Como se relata en el siguiente extracto:

“Sí, sobre todo, creo que en pacientes psicóticos. Creo que ahí sí el mensaje ha sido, ¿cómo vamos a respetar su autonomía? pero finalmente está fuera del marco de la realidad, ¿no? pacientes psicóticos, problema serio, ‘no quiero hospitalizarme y no quiero y no voy a firmar el consentimiento’ y ahí sí es como de pues trata de que

sí te lo firme y convéncelo ¿no?, como que a lo mejor ahí no respetar tanto esa autonomía, pero porque el paciente en este momento no está en condiciones médicas de, pues de tomar decisiones”.

En este sentido, un segundo subtema identificado fue el de *Evaluar la lucidez del paciente*. Al momento de tomar decisiones, algo que se relató durante las entrevistas fue precisamente que los residentes están expuestos a la constante toma de decisiones en donde integrar la lucidez del paciente se vuelve clave. En otras palabras, no pueden apartar el hecho de que el paciente tiene una autonomía del posible estado de lucidez que tiene para poder decidir sobre su tratamiento. Sin embargo, la decisión de respetar la autonomía del paciente siempre es contemplada y discutida entre los residentes a partir del involucramiento con las y los usuarios sobre lo que ellos quieren a través de diálogos y conversaciones constantes para poder escuchar sus expectativas y decisiones sobre los tratamientos.

La adopción de nuevas conceptualizaciones en la comprensión de los trastornos mentales ha sido gradual. De esta forma se van incorporando a la actividad profesional de los residentes que están en formación, pero las dudas persisten, sobre qué tanto se debe respetar esa autonomía de acuerdo con lo que el médico juzga que puede ser más conveniente para la persona. Incluso hay residentes que pueden tener conflictos sobre la forma en la que deben responder frente a situaciones conflictivas como lo expresó un participante: *“Me quedé con dudas de cómo actuar”.*

8.2.2 Tema: Actitudes.

Tomar una decisión en tiempo real puede hacer que los profesionales se sientan insatisfechos o inquietos con el resultado de la respuesta. De acuerdo con una participación se pudo extraer lo siguiente:

“... aunque tú estás viendo mucho riesgo, aunque tú estás viendo que claramente se va a beneficiar de un internamiento o de un tratamiento, si el paciente no lo acepta, pues se respeta y siempre es como: todo es voluntario”.

Esto refleja una combinación entre actitudes y los valores que son dos de las tres vías de transmisión el currículo oculto. La tensión que se genera es que por un lado el residente puede pensar que un internamiento pudiera ser benéfico para el paciente por las actitudes que ha visto en otros colegas, profesores o personal de la unidad, pero tiene que resolver la situación tomando en cuenta lo que la persona quiere, es decir, a través del respeto a la autonomía del paciente.

Subtema: TENSIONES ENTRE EXPECTATIVAS

El subtema *Tensiones entre expectativas* insiste en la que resolución no es fácil y en ocasiones la expectativa que se tiene del residente es que de alguna manera solucione el problema incluso si eso representa tener que alterar un poco la información tomando en cuenta que el residente juzga como un mal menor en ese momento internar u hospitalizar a la persona. El siguiente relato es ilustrativo en ese sentido:

“... aunque sabes que el paciente necesita hospitalización, pero a lo mejor a veces medio ¿cómo decirlo?, tergiversar la información para que acepte de: ‘ay fírmale aquí nada más te vamos a hacer estudios y ya te vas a tu casa’ ¿no? es como ok, y en realidad se queda 3 semanas internado, ¿no?”.

Las tensiones entre expectativas llegan a ser comunes en el área de la salud mental. Los residentes están haciendo un esfuerzo constantemente por tomar las decisiones que consideren que pueden cumplir el mayor beneficio para el paciente, pero al mismo tiempo

tienen que considerar la opinión del propio paciente y de otras personas, por ejemplo, familiares, profesionales con más años de experiencia, profesionales de otras áreas de la salud mental, etc. De nueva cuenta, no hay reglamentos que estipulen las mejores decisiones en todos los casos. El aprendizaje sobre la toma de decisiones tiene que ver con la forma en la que los residentes han aprendido que se resuelven este tipo de conflictos. La interpretación es que es una mezcla entre el currículo oculto y la evaluación que hace el propio residente de la situación.

Subtema: BUSCAR SOLUCIONES NORMATIVAS / DELIBERAR

Buscar soluciones normativas y Deliberar estos dos subtemas fue muy importante ya que se refieren a tópicos contrapuestos al momento de tomar decisiones. Por un lado, buscar una solución que se apegue a las leyes, los códigos de conducta, las normas de las unidades, las guías de práctica clínica o los reglamentos, se refiere más a una ética de tipo deontológica. Debido a que los residentes son estudiantes, en sentido más estricto, tomarán aquellas decisiones que se ajusten a la normatividad que evite que tengan conflictos. Al final, muchas de las decisiones se evalúan con base en lo que dicen esos instrumentos normativos. Como se puede observar la decisión es más de tipo jurídica que estrictamente ética.

Por otro lado, está la deliberación que representa una forma de razonamiento moral, no con base a la normatividad de manera exclusiva, sino tomando otros elementos en cuenta. Factores como la decisión del paciente, la expectativa de los familiares, las opciones que puede ofrecer la unidad donde se atiende a la persona, el diagnóstico, la atención recibida previamente, entre otros, son elementos por considerar para tomar una decisión por parte de los profesionales de salud mental.

Es importante resaltar que los residentes están buscando la mejor solución que no está en los manuales de procedimientos o en los códigos de conducta, es decir, están deliberando. Este extracto permite ejemplificar lo dicho:

“... no lo hacemos, incluso a veces nos pasa que nos llevan literal a los pacientes así amarrados en el coche y llegan al estacionamiento. Y no están psicóticos están en agitación psicomotriz y el paciente es como: ‘yo no quiero pasar a consulta’. Y ahí es como un conflicto y muchos familiares se han portado muy agresivos con nosotros, pero no lo podemos obligar porque incluso nos han dicho ay, pues obliguen o amárrenlo invítenle algo y pasa a una consulta y, si él no quiere pasar a consulta, aunque lo haya traído, no va a pasar”.

Ante una decisión difícil, el residente evalúa la solución, hace uso de sus herramientas normativas y también deliberativas, respondiendo de manera contextualizada como se puede observar en la siguiente participación:

“una guía de práctica clínica diría déjalo ir, pero tú ya viste que ese paciente tiene tres intentos de suicidio previos, que vive solo, que es impulsivo, que consume sustancias, que los intentos de suicidio han sido en el entorno del consumo de sustancias. Sería como, pues yo no lo dejo ir, yo le ofrezco el internamiento, porque, aunque ahorita él me dice: ‘yo no me mataría, no tengo ningún plan’, tiene antecedentes. De hecho, tiene intentos impulsivos, tiene una mala red de apoyo”.

Desde luego, deliberar en una institución no es una tarea sencilla. Legalmente se tienen los ojos puestos en los procedimientos que se realizan en los hospitales lo que impide que se tome una decisión que salga del marco jurídico, aunque se considere una decisión ética. En ocasiones estas dos llegan a coincidir. Es decir, la decisión es ética y además se ajusta a los instrumentos legales.

Subtema: APEGARSE A PRINCIPIOS BIOMÉDICOS

Otra herramienta para tomar decisiones se ha dado a través del principialismo norteamericano con los cuatro pilares fundamentales: justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia. Por ello, un subtema final fue el de *Apegarse a principios biomédicos*. Como residentes han sido formados en escuelas de medicina que han incorporado esta postura bioética dentro de la preparación de los médicos durante todo el pregrado. Es una herramienta útil ya que condensa en cuatro principios lo que se tiene que hacer a nivel ético al momento de tomar una decisión. Esto lo revela una participación:

“pues justo también apegándonos, pues a los principios de ética, pues no, no los podemos obligar ni a estar hospitalizados ni a tomar el medicamento”.

8.2.3 Tema: Valores.

A los profesionales se les pide desplegar conductas que expresen los valores reconocidos por la comunidad epistémica de la medicina.

Subtema: PRINCIPIALISMO

Incluso se puede decir que no se puede hacer mucho sin los cuatro valores tradicionalmente propuestos por el principialismo norteamericano, pero claro que se puede hacer y se ha hecho. Por ejemplo, en una participación se narró lo siguiente:

“... ser empático con la situación económica, social y personal de los pacientes. No les vas a dejar el medicamento que cueste más de lo que ganan”.

Donde se resalta que el residente pone en juego principios como el de justicia, pero enmarcados en un contexto específico como lo es la prescripción de ciertos medicamentos. En este sentido se identificó un tema que tiene que ver con el *Principlismo*. No obstante, ha habido críticas importantes a los cuatro principios expuestos debido a que no se ajustan a lo que ocurre en la práctica necesitando echar mano de otros principios.

Subtema: HERMENÉUTICA

“... no hay una receta o no hay un principio que sea más importante que otro. Siempre se tienen que contextualizar y obviamente hay momentos en los que uno se pregunta si eso sí, si uno tiene que actuar, a pesar de que el paciente no quiera”.

Una vez más nos encontramos frente al escenario donde el residente de psiquiatría entiende que el análisis de lo que sucede con el paciente es muy importante ya que no hay principios que *a priori* sean más o menos importantes. Por ello se identificó este subtema como *Hermenéutica* donde se resalta que la contextualización de la información es clave para poder realizar una toma de decisiones. Esto además lleva a la constante duda de si se ha actuado bien. La bioética hermenéutica menciona que las respuestas no son absolutamente buenas o malas. Es decir, al momento de tomar la decisión la persona debe contextualizar su toma de decisiones y asumir que las consecuencias recaerán sobre él o ella. Esto obligaría a dar cuenta de las razones de su decisión que es a lo que se apunta desde este enfoque. No a tener un catálogo de respuestas universales para problemas de índole ética. Sino a la constante reflexión y análisis de casos para tomar la decisión más prudente en ese contexto dado.

9. DISCUSIÓN

La pregunta de investigación que orientó el presente trabajo fue: ¿qué experiencias no académicas (currículo oculto) han tenido los residentes de psiquiatría asociadas a los mensajes, actitudes y valores sobre los dos componentes inseparables de la bioética hermenéutica, interpretación y toma de decisiones (*phrónesis*) de los casos desde el enfoque de Gadamer?

Para responder esta pregunta y ganar entendimiento de las experiencias de los residentes se utilizó el análisis hermenéutico-interpretativo de las participaciones de los médicos psiquiatras en formación que decidieron enrolarse en el estudio. El diseño de estudio desde el enfoque cualitativo representa una ventaja para explorar el tema del currículo oculto ya que se trata de las experiencias académicas no formales de los residentes de psiquiatría, es decir, en cómo han vivido su formación fuera de las clases formales. Esta fue la razón por la cual se eligió la perspectiva hermenéutica. Los resultados del estudio permitieron identificar las principales categorías en donde reposa el análisis desde la perspectiva de la bioética hermenéutica de Gadamer.

Los residentes de psiquiatría comentaron, durante cada una de las entrevistas, algunos de los elementos de la bioética hermenéutica de Gadamer que son la interpretación de los casos y la toma de decisiones (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

Para el primer elemento de la bioética hermenéutica, uno de los principales subtemas que aparecieron fue que los residentes compartieron la idea de que es necesario tener el suficiente tiempo para poder entrevistar a los pacientes, lo que está en línea con la categoría de la interpretación de los casos. Para poder responder a la pregunta sobre lo que se debe hacer, pregunta clásica de la ética, la hermenéutica responde que se tendría que iniciar con conocer la situación sobre la cual se va a actuar. En el contexto de la atención a la salud mental, la situación es la propia vida de los pacientes. Claro que la psiquiatría presenta la necesidad de entrevistar a los usuarios para poder realizar una serie de procedimiento

técnicos como diagnosticar, modificar dosis o interrumpir un tratamiento. Pero aquí no solo se habla de realizar un interrogatorio de síntomas, sino que se trata de profundizar y conocer la vida de los pacientes de manera más detallada. Los pacientes son relatos vivientes que no solo tienen quejas o malestares, sino que tienen una forma particular de ser-en-el-mundo, idea que Gadamer incorporó a su hermenéutica y que necesita ser situada e interpretada, en el contexto de la salud sería, una forma de *ser un paciente* (Gadamer, 1993).

Aunque la entrevista es inesquivable dentro de la práctica clínica de la psiquiatría, a veces las limitaciones en el tiempo pueden obstaculizar la profundidad con la que se interroga a la persona sobre su vida, dejando con muchas inquietudes a los residentes como lo expresaron en sus participaciones. Se sabe que las instituciones, sobre todo las públicas tienen sus procedimientos y formas de trabajar, lo que típicamente se le conoce como burocracia. La demanda de pacientes que solicitan servicios en instituciones del gobierno a veces llega a rebasar los recursos humanos y materiales para poder atender quizás de otra manera a los usuarios. Los residentes que participaron expresaron que el mensaje es dar la mejor atención, pero en un tiempo que talvez es insuficiente, lo que les obliga a tener que maximizar la atención en citas de media hora. De acuerdo con su perspectiva, podrían ser de más tiempo.

No hay que olvidar que uno de los elementos clave dentro del presente estudio se centró en el tema del currículo oculto. En otras palabras, esto se refiere a lo que sucede no en la enseñanza formalmente brindada y evaluada sino en el contexto sociocultural de aprendizaje (Hafferty & Franks, 1994; Hafferty & O'Donnell, 2014; Hafferty, 1998). Por ello, también se conversó sobre algunos elementos relacionados a los mensajes, actitudes y valores que les transmitían a los residentes sobre la forma de realizar su trabajo en un contexto no formal de enseñanza sobre el tema de la interpretación de los casos.

Los participantes reconocieron que ante la problemática de dar una atención ética y de calidad frente a la necesidad de aprovechar el tiempo, el mensaje era en gran parte “hacer

más con lo que se tiene”. Es decir, lejos de intentar modificar la estructura burocrática de la institución el mensaje es que se pueden hacer muchas cosas y que el tiempo, en este caso de entrevista, no debería ser un obstáculo, aunque sea considerado como poco. Esta categoría fue llamada *utilizar de manera útil el tiempo* que refleja la forma en la que se puede resolver el problema de tener poco tiempo. La cuestión es si este tipo de “soluciones” perpetúan formas de trabajar que quizás no sean adecuadas para brindar un trato que podríamos considerar como profesional. Desde luego, ser productivo y profesional al mismo tiempo parecen llevarse de la mano, aunque con retos importantes para el residente de calcular lo que puede hacer en ese tiempo.

Los residentes de psiquiatría son considerados como estudiantes. Ellos, toman sus decisiones, pero están constantemente supervisados por personal de mayor experiencia. Aun así, hay situaciones o contextos en los que consultar a alguien o revisar durante mucho tiempo un caso para saber lo que se tiene que hacer es imposible, es decir, se tiene que tomar una decisión en el momento. Como se pudo observar en diferentes participaciones, un marco de acción que ellos tienen son los propios manuales de procedimientos, guías clínicas y códigos de conducta que les aseguraría que no se van a “equivocar” en una decisión, o por lo menos, que va a ir en línea con el marco normativo-jurídico de la institución.

A pesar de ello, existen situaciones que estos códigos o normas no prevén y que exigen que el residente o el grupo de residentes tome una decisión frente a un caso. Por ello, para poder interpretar la vida de los pacientes y entenderles más en un contexto donde el límite de tiempo es muy rígido, los residentes piensan que una forma de resolver esto también es a través de lo que hacen otros colegas de más experiencia e imitarlos. Entonces, si un residente no sabe con seguridad si debe ocupar o no más tiempo en una entrevista y evalúa que necesita preguntar más, pero al mismo tiempo su cita está a punto de finalizar, lo que hace es recordar lo que otros colegas hicieron y tomar la decisión que considere que resuelve el problema en ese momento, aunque incluso entre en conflicto con la

normatividad de la institución. Este aspecto está íntimamente relacionado al currículo oculto ya que no hay materias específicas sobre “*¿Qué hacer cuando no hay mucho tiempo para entrevistar al usuario?*” sino que es algo que ocurre en la convivencia natural en los institutos de formación para los residentes mediante las actitudes que tienen sus profesores o colegas de más años de experiencia.

Desde la infancia se tiende a imitar a los padres o hermanos más grandes. Observar a los modelos (modelado) es un proceso bien conocido por los pedagogos durante el binomio enseñanza-aprendizaje, es también llamado aprendizaje por observación y que ocurre en el currículo oculto. Algo similar sucede en contextos formativos más especializados como las residencias en medicina. Los médicos en formación están alertas sobre lo que otros hacen para así poder replicarlo, es decir, sus colegas de más experiencia sirven como modelos (Hafferty & O’Donell, 2014).

En este sentido, las y los residentes que participaron en este estudio subrayaron la importancia de profundizar en la vida de los pacientes para poder entender de manera más completa el caso, algo que observan que sus colegas de más experiencia sí hacen. Este punto es el que se relaciona con el primer elemento de la bioética hermenéutica planteada por Gadamer.

Siguiendo con lo anterior, los residentes de psiquiatría van a representar uno de los dos horizontes que se va a fusionar de acuerdo con Gadamer. La fusión de horizontes significa que se van a encontrar dos formas de ver el mundo. El hecho de interpretar la vida de los pacientes es una constante negociación con los datos que se tienen para poder situar la interpretación (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016). El horizonte del que parte el paciente o, en este caso, del residente de psiquiatría, no es estático ni inamovible, va cambiando conforme se adquiere experiencia a lo largo de su formación. Para Gadamer, siempre habrá un horizonte que contiene el prejuicio, palabra no utilizada de manera

peyorativa o discriminatoria sino un prejuicio en el sentido de tener una forma de ver las cosas de manera preliminar (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

Dicho de otro modo, las y los residentes de psiquiatría llegan al encuentro con el paciente con enfoques previos de los cuales es difícil despojarse y que va a colorear la forma en la que entienden a la persona que tienen enfrente. Cada residente tendrá una forma inédita de interpretar la vida de su paciente que tiene a la mano. De acuerdo con Gadamer, la interpretación no tiene una metodología rígida y tampoco es una actividad que tenga una finalización. No se reduce a un método o técnica específica, sino que se vuelve una actividad única e iterativa (Malpas, 2003). Al decir que cada residente tendrá su interpretación significa que leerá la información del paciente de acuerdo con su personalísimo marco de referencia, su experiencia, sus intereses, su cosmovisión, sus valores, etc. Este proceso cambiará de residente en residente. Nunca serán las mismas conclusiones, lo que activa la toma de decisiones de manera particular.

Ahora bien, se sabe que los médicos psiquiatras tienen un alto nivel de exigencia ya que sus decisiones impactarán invariablemente en la vida de las personas a las que atienden, lo que requiere de un comportamiento profesional y responsable. En la definición utilizada de profesionalismo construida para este estudio, el componente ético tiene que ver con seguir los dos pasos de la bioética hermenéutica comentados anteriormente. En este sentido, se puede observar que, en efecto, para poder interpretar la vida de los usuarios (primer elemento de la bioética hermenéutica de Gadamer), los residentes sí han recibido los mensajes y actitudes dentro de su contexto de enseñanza no formal (currículo oculto) sobre la importancia de darle tiempo al usuario para poder expresarse a pesar de tener enfrente el aparato burocrático de la institución.

En el contexto de la psiquiatría, no todas las áreas dentro de una institución tienen las mismas actividades. Es decir, no es lo mismo lo que se hace en una cita de urgencias que lo que se hace en una cita de seguimiento. Los residentes que participaron en el estudio

resaltaron que sí era importante hacer esta diferencia porque en el área de urgencias se pide ser más pragmático no solo por el corto tiempo que se tiene para hacer una exploración sino porque se debe atender justamente la urgencia médico-psiquiátrica.

A pesar de lo que se hace particularmente en esta área, los residentes identificaron que sí se les pide que se interesen por la vida de los pacientes lo que, como se mencionó, está en congruencia con este elemento de la bioética hermenéutica de Gadamer. En otras palabras, si se va a tomar una decisión, sea la que esta fuere, es importante resaltar el contexto, en este caso, se trata de la propia vida del paciente, sus síntomas, su contexto sociocultural, su estatus económico, su red familiar, etc. No sería lo mismo emitir una decisión para un paciente que presumiblemente tiene un trastorno depresivo mayor grave sin una red de apoyo que alguien con ese mismo trastorno, pero con una red de apoyo estable.

La historia del paciente se vuelve no solo de relevancia diagnóstica, sino ética. Dicho de otro modo, los datos del paciente no sirven para hacer una lista de chequeo y determinar si tiene un trastorno depresivo mayor grave que en todo caso, sería una maniobra técnica-teórica dentro del proceso de evaluación, sino que el detalle en la historia de vida del paciente y su contexto lo que permite al residente tomar una decisión que mejor satisfaga las necesidades del usuario lo cual apunta a una toma de decisión que llamaríamos profesional al integrar elementos teóricos, técnicos y éticos. Esto parece lograrse cuando el tiempo es suficiente para poder hacer una contextualización, es decir, situar la vida del paciente que no se limite únicamente a ajustar o suspender medicamentos, por poner un ejemplo.

Dentro de la interpretación del caso, que en el presente estudio se trata de cada una de las vidas de los pacientes, no hay que olvidar la propia forma en la que viven y se expresan, es decir, cada una de sus formas de *estar-en-el-mundo* o más adecuadamente, su forma de *ser un paciente* (Gadamer 1993). No se habla aquí de la empatía o compasión ineludible dentro de la psiquiatría, sino de entender que la persona tiene una forma particular de expresarse que en ocasiones no coincide con los términos teóricos o técnicos utilizados en esta

disciplina. En ese sentido, un componente de la interpretación de los casos tiene que ver con el diálogo que se establece con la persona para entender su propia experiencia y ponerla en palabras que el residente pueda entender. Un proceso importante para Gadamer dentro de la interpretación del caso es el diálogo y la conversación que tiene que ver con el intercambio de información para llegar a un acuerdo, es decir, para llegar a un entendimiento. Para Gadamer, la interpretación es traducible, es decir, somos en el mundo a través del lenguaje. El lenguaje activa la interpretación, y el lenguaje nunca va a ser privado, siempre va a involucrar a los otros (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

Dialogar suficientemente con el paciente es una actividad que lleva tiempo, que como se ha hablado, a veces es obstaculizada por los propios procedimientos de la institución en combinación con la alta demanda de servicios de salud mental. Aun así, los residentes aprenden con el tiempo a manejar los diferentes vocabularios que los pacientes utilizan para poder expresarse. Por ejemplo, se pueden tener dos pacientes que cumplen los criterios para un trastorno de pánico, pero nombran de manera muy particular a cada uno de sus síntomas. Por otro lado, las personas que tienen un trastorno asociado al uso de sustancias tienen una jerga particular para referirse a las drogas y a los efectos de ellas donde muchas veces el residente no está familiarizado con ese vocabulario, pero a medida que va teniendo contacto con diferentes usuarios, las va aprendiendo. Lo que se aprende entonces no solo es el vocabulario particular sino la forma en la que el paciente expresa su forma de experimentar la vida. Este es un punto que Gadamer retoma a Platón, es decir, el diálogo y la combinación con la dialéctica. Por un lado, el acto de conversar y por el otro, las dos lecturas que se presentan, fusión de horizontes, o lo que también se conoce como dialéctica (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

Sumado a lo anterior, los resultados de la investigación también resaltaron que los residentes aprenden a vincularse con los pacientes a través de las notas de evolución o seguimiento. En los servicios de salud mental participan diferentes profesionales, trabajo social, enfermería, psicología, psiquiatría, etc. Cada área contribuye a completar la

información de los pacientes mediante las notas. Desde luego, el volumen de pacientes que los residentes pueden ver durante una semana puede superar lo que su memoria puede retener para la cantidad de información que se les comparte durante las semanas. Entonces, además de ser un documento legal, las notas de evolución son utilizadas por los residentes como una forma de llevar una secuencia e hilo conductor sobre la vida de los pacientes que atienden lo que genera un vínculo que es importante para comprender la experiencia del paciente.

De nueva cuenta, no es igual que una persona tenga un trastorno bipolar tipo I y que por situaciones familiares o económicas tenga que vivir con su tía, que otra persona con un trastorno obsesivo compulsivo que vive solo. La evolución a lo largo del proceso de tratamiento y las vivencias que cada persona va a tener serán muy diferentes. Quizás la persona con trastorno bipolar tipo I regresa con sus padres biológicos a vivir lo que exacerba los síntomas mientras que la persona con trastorno obsesivo compulsivo comienza una relación de pareja y eso hace que tenga una red de apoyo más estable para el proceso de tratamiento. Saber esto y darle un seguimiento habilita decisiones particulares por parte del residente. Su comprensión de la vida del usuario supera los criterios diagnósticos y se vuelve un elemento necesario para decidir qué es lo que va a hacer en un nivel profesional. Diríamos que el nivel de comprensión y entendimiento se da a nivel ontológico, es la comprensión de la *situacionalidad* del paciente. Este último componente es una combinación que Gadamer hace de Platón y Heidegger, el diálogo y la ontología, respectivamente (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

En este punto vale la pena señalar que tradicionalmente, el problema de la hermenéutica ha sido de tipo metodológico. Es decir, si esta herramienta tiene aspiraciones científicas, debe mostrar el método de interpretación. No es el objetivo del presente estudio señalar la constante discusión de este tema, pero para Gadamer, sería ocioso detenerse en este elemento, incluso él rompe de cierta manera con la parte tradicional-metodológica de la hermenéutica. No es que el método no sea importante para la interpretación, pero Gadamer

considera que se vuelve un elemento que limita esta actividad y por ello se decanta por priorizar el diálogo como una actividad situacional que cada persona hace en el proceso de interpretación y que, como se mencionó, va a dar un resultado único, dinámico, constante, e iterativo. Nunca va a ser un resultado objetivo e indiscutible (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

Las notas sirven para ese proceso de seguimiento sobre la vida de los pacientes durante el proceso de tratamiento que se asocia a su diagnóstico, pronóstico y evolución. No obstante, los residentes también se dan cuenta que esto puede ser un instrumento utilizado para documentar aquella información que consideran no solo relevante sino positiva para fines prácticos y de productividad, como si sirviera para inflamar los resultados. La frase “medicina basada en notas” revela que aquello que está en acuerdo con los objetivos de la institución o incluso con el marco jurídico-normativo se llega a plasmar en este documento para poder mostrar la idea de profesionalismo cuando en ocasiones se dan cuenta que los tratos que se brindan a los usuarios quizás no sean los mejores. Es importante detenerse en este punto a discutir brevemente que, los residentes pueden también estar observando prácticas que se pueden categorizar como “poco profesionales” y que no deben ser ignoradas.

El presente estudio se limitó en extraer las prácticas que pudieran considerarse como profesionales y, por tanto, sería una contribución importante a este trabajo en futuros estudios, el explorar aquellas prácticas que se alejan del profesionalismo dentro del área de salud mental que deben ser definidas y estudiadas con cautela.

Retomando la forma por la cual se llega a la interpretación, es importante señalar que las y los residentes buscan un entendimiento de la experiencia de vida de los pacientes, es decir, fusionando sus horizontes, integrando sus conocimientos teórico-prácticos y con los detalles que los pacientes relatan sobre sus síntomas y sus vidas en general. Como se ha mencionado, no hay metodologías definitivas sobre qué aspectos del paciente integrarán el compendio de información para lograr interpretar el caso, pero se pueden ofrecer algunas

ideas para ello. Algunas preguntas pueden ser: ¿Qué es lo que está desea el paciente? ¿Cuáles son sus expectativas? ¿Quiere mejor o solo paliar los síntomas? ¿Cuáles son sus miedos o preocupaciones actuales sobre su tratamiento? ¿Cómo se está explicando lo que le sucede? ¿Le avergüenza su padecimiento? ¿Qué aspectos de su vida se pueden asociar al diagnóstico que se le ha hecho? ¿Qué aspectos de su vida pueden facilitar el diagnóstico o el tratamiento? ¿Qué le llevó a buscar tratamiento en este momento? ¿Es necesario el estudio que se va a solicitar para comprender el caso? ¿El paciente puede costearlo o tiene que solicitar algún programa asistencial? ¿Qué estilo de vida tiene la persona? ¿Es relevante saber su estilo de vida para comprender este caso? ¿El paciente cuenta con una red de apoyo? ¿Cuál es su red familiar más estrecha? ¿Quién es el paciente? Desde luego, estas son apenas algunas ideas, y como se ha comentado, dependerá de cada paciente y sus preocupaciones que tenga la forma en la que las y los residentes preguntarán para poder interpretar el caso.

Finalmente, en cuanto a la interpretación de los casos, este estudio reveló que los valores son importantes para los residentes en el momento de entender la vida de los pacientes. Los valores citados por las y los participantes tuvieron que ver con el respeto, la empatía, la autonomía y la libertad. Algo que llamó la atención es que, durante el proceso de las entrevistas, las y los residentes tuvieron cierta dificultad para elaborar una lista más extensa sobre los valores. Navegar por este vocabulario fue percibido como una dificultad por parte de las y los participantes, debido a que quizás no están familiarizados con la amplia gama de valores que se necesitan al momento de interpretar la vida de los pacientes o que incluso no identifican.

Precisamente es una crítica que se le ha hecho al principialismo que, puede que sea útil para fines prácticos, pero tampoco soluciona de manera unívoca o inequívoca cada caso. El principialismo defiende 4 pilares que son la autonomía, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia (Ferrer & Álvarez, 2003; Ferrer et al., 2016; Beauchamp & Childress, 2019). Justamente la controversia que surge tiene que ver con preguntas como: ¿por qué solo hay

cuatro principios? ¿por qué no más? ¿por qué no menos? ¿quién decidió que fueran esos cuatro y no otros? ¿dónde quedan valores como la gratitud, la solidaridad, la libertad, la fidelidad, la generosidad, la pasión o la valentía al momento de tener que interpretar y comprender la vida de los pacientes? ¿por qué estos últimos no serían tan importantes como los cuatro que enuncia el principialismo norteamericano?

Desde luego, estamos en un escenario donde la ética es una disciplina que exige deliberación y donde la medicina es una disciplina que en ocasiones exige tomar decisiones donde no hay tiempo para hacer reflexiones tan prolongadas. El principialismo pretende dar un piso ético para partir de cuatro puntos y a partir de ahí, poder avanzar en la toma de decisiones. Desde luego no son principios fáciles, pero facilita que los residentes y los médicos en general tomen decisiones de manera más ágil (Baker, 2013; Beauchamp & Childress, 2019).

Desde la bioética hermenéutica de Gadamer que tiene que ver con la toma de decisiones o *phronesis*, los resultados también resaltan los mensajes, actitudes y valores que los residentes reciben durante su formación, pero de manera no formal, es decir, desde el currículo oculto. En este sentido, se tiene que contextualizar que la psiquiatría desde sus inicios e incluso en su largo antecedente, ha sido una disciplina tradicionalmente estigmatizada y que ha gozado de mala prensa, motivada posiblemente por diversos productos culturales como películas, series, documentales o casos mediáticos que han sido distorsionados o exagerados, en combinación con la falta de entendimiento sobre los procesos de salud y enfermedad mental en el ser humano. Esto ha esculpido durante muchos años la percepción social que se tiene de esta disciplina. Por un lado, los usuarios de servicios de salud mental presentan periodos prolongados de sufrimiento antes de consultar con un profesional y por el otro, las mismas personas con alguna discapacidad psicosocial se han percibido como personas débiles o trastornadas sin la capacidad de tomar decisiones por sí mismas. Estas ideas incluso se reflejan en figuras legales como la inimputabilidad o la interdicción vigente en nuestro sistema legal mexicano.

Los resultados del presente estudio apuntaron a que los residentes de psiquiatría están recibiendo la enseñanza a través del currículo oculto sobre la importancia de que los pacientes tomen sus propias decisiones respecto a los tratamientos incluso cuando los familiares se involucran y quieren que se decida otra cosa. En las entrevistas los residentes mencionan que, al estar en contacto directo con los pacientes de manera periódica y de enfrentarse a situaciones controversiales donde a veces los pacientes no quieren recibir cierto tratamiento, los residentes toman la decisión de escuchar al paciente y respetar lo que él o ella decide. Esto es tomar una decisión una vez que se ha interpretado la vida de la persona.

El segundo elemento de la bioética hermenéutica de Gadamer justo se refiere a este último punto, es decir, la interpretación y la aplicación, van de la mano. El diálogo es ineludible para poder entender aquello que se desea interpretar. Por ejemplo, el intérprete puede observar una pintura y entra en contacto con ella para poder comprender y darle una interpretación única (Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016). En el caso del área de la salud mental, el diálogo que se establece con las y los pacientes permite una fusión de horizontes, es decir, un encuentro entre dos formas de ver el mundo, una por parte de la o del residente de psiquiatría (profesional) y por el otro, la del paciente (usuario). “¿Qué se sentirá ser este paciente en particular?” se preguntaría el residente para adentrarse en la interpretación del caso para posteriormente habilitar la posibilidad de ejercer la *phrónesis* que Aristóteles ya había enunciado y que es retomada e incluida por Gadamer en su hermenéutica (Gadamer, 1976; Moratalla, 2016; Aristotle, ca. 350 B.C.E. / 2009).

La *phrónesis*, sabiduría práctica o prudencia, se activaría toda vez que los residentes identifiquen que su decisión no es unilateral, sino que hay otra persona enfrente. La *phrónesis* une la moral con las virtudes intelectuales (Aristotle, ca. 350 B.C.E. / 2009). Las y los pacientes tienen formas muy particulares de sufrir y de estar en el mundo y serán receptores de la evaluación que el profesional haga de su caso. Su existencia se convierte en un elemento clave de interpretación que activa la prudencia. Continuar con el medicamento,

ofrecer internamiento, ofrecerle algún tratamiento alternativo a la farmacoterapia, tomar más tiempo para atender al paciente, citar al paciente con menos regularidad, respetar lo que el paciente desea, todas estas, son decisiones asociadas a la prudencia, a la phrónesis y que fueron extraídas a partir de las diferentes entrevistas. Es decir, sí hay un empuje por tomar decisiones de manera contextualizada y prudente de acuerdo con lo comentado por las y los participantes de este estudio.

Una de las contribuciones de este estudio es precisamente resaltar estos avances que son relatados por los propios estudiantes de psiquiatría en sus diferentes años de residencia ya que no hay como tal, instrumentos formales donde se reporte el número de pacientes a los que, por decirlo de alguna manera, se les respetó su toma de decisión o se les interrumpió su medicamento en un ejercicio prudencial deliberativo, sino que es algo que los residentes viven de manera cotidiana y que, justamente en este estudio cualitativo se pudieron hacer visibles.

Entonces, el proceso es que el paciente relata su historia de vida que el residente escucha atentamente para sobrepasar la información estrictamente biomédica y así poder entender e interpretar de manera más completa aquello que comparte la persona usuaria de los servicios de salud mental. Con estos datos a la mano, el residente ya comienza a tomar decisiones que pueden ser de tipo técnico, como solicitar algún estudio o alguna clinimetría que le permita elaborar un diagnóstico. Pero eventualmente se va a enfrentar a una situación que exija un nivel de razonamiento no tanto teórico-técnico sino más bien moral, por ejemplo, donde el paciente quiere suspender el tratamiento o donde el paciente no quiere ser internado, situaciones típicas y muy controversiales en psiquiatría.

Es importante mencionar que las y los residentes compartieron que, si bien hay un respeto por estas opciones que tienen las y los usuarios, también siguen evaluando de cierta manera la lucidez del paciente. Es decir, la controversia sigue existiendo en trastornos tradicionalmente estigmatizados como es el caso de los trastornos psicóticos como la

esquizofrenia. A pesar de que ellos discuten sobre la importancia de respetar lo que el paciente decida, independientemente de su trastorno, sí les queda la impresión de que un paciente con un trastorno psicótico no siempre va a tomar las mejores decisiones por lo que la persuasión gentil o suave se sigue practicando. Cuando esto no es posible, los residentes se quedan con las dudas sobre cómo se debe actuar. La pregunta que emerge invariablemente es, ¿se cuestionan por igual las decisiones de un paciente con algún síntoma psicótico que las de una persona con una sintomatología distinta?

Evidentemente este estudio no pretende resolver esta controversia sobre si los pacientes con algún trastorno psicótico tienen la suficiente lucidez o no para tomar decisiones. Más bien, se pretende resaltar que esto sigue siendo un pendiente por lo que el diálogo entre pacientes, bioeticistas, profesionales de la salud mental en general y expertos en cada uno de los trastornos descritos en las diferentes clasificaciones utilizadas mundialmente, puedan dialogar para llegar a consensos sobre lo que se debe hacer, al final ese es el interés en el presente trabajo de investigación, tener más claridad sobre la prudencia al momento de tomar una decisión. Está en la naturaleza de la práctica médica hacer hermenéutica, es decir, hacer interpretación de los casos y *phrónesis*. Incluso para Gadamer la medicina está más cerca de la *phrónesis* que de la *tecné*, es la sabiduría práctica en el ejercicio de la medicina (Gadamer, 1975; Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016; Sveanaeus, 2003; Sveanaeus, 2000).

La pregunta sobre si un paciente psicótico puede o no tomar sus propias decisiones o necesita asistencia de otra persona sea la de un profesional o la de un familiar, se esboza en el propio contexto de la bioética hermenéutica aplicada al área de la salud mental. Hacer este tipo de preguntas es hacer hermenéutica ya que se está integrando un elemento esencial de la vida e historia del paciente para poder tomar una decisión.

Pero no solo se da en el tema de un paciente psicótico, que representa un síndrome altamente estigmatizado, se da para cualquier trastorno. Los residentes de psiquiatría se

podrían preguntar ¿Cómo saber si un paciente con algún trastorno del estado de ánimo puede atravesar un estado de vulnerabilidad de tal manera que no pueda consentir un tratamiento que puede ser benéfico para él? ¿Qué hacer con una paciente con algún trastorno de conducta alimentaria con poca consciencia de enfermedad y que además quiere iniciar una relación de pareja? Si no tiene consciencia de enfermedad, ¿tendrá el control sobre la formalización de una relación afectiva? ¿Esto es una pregunta que se debe hacer el profesional de la salud mental? ¿Se consideraría invasivo o es parte de la interpretación y el involucramiento de la vida de la paciente? ¿Se puede obligar a un paciente con trastorno límite de la personalidad a tomar ciertos medicamentos que tal vez no quiera tomar? ¿Cuál es la calidad de vida del paciente? ¿Quién evalúa eso? ¿Bajo qué criterios? Los diagnósticos cambian, la pregunta sobre qué se debe hacer en ese caso particular y los dilemas no cambian, siguen constantes. El involucramiento en la vida del paciente lleva a hacerse este tipo de preguntas constantemente que son no tanto de carácter técnico o teórico, sino ético. Es decir, ¿hasta qué punto, cualquier paciente dentro del área de la salud mental puede o no tomar decisiones sobre su vida en lo general? ¿Quién decide eso? ¿El paciente? ¿La sociedad? ¿El o la residente lo decide? ¿Con base en qué criterios? ¿En qué situaciones sería conveniente no respetar la decisión del paciente con miras a la protección del propio paciente? ¿Siempre se tendría que respetar lo que decidan los pacientes o sus familiares?

Gracias a este tipo de preguntas que los médicos residentes de psiquiatría se hacen, la apertura a otras formas de tratamiento psicosocial como las psicoterapias cognitivo-conductuales o contextuales es cada vez más notoria. Esto justamente sería la evidencia de la activación de la *phrónesis*. El medicamento podrá corregir los síntomas de manera localizada pero no corrigen el contexto social, cultural, familiar, económico o afectivo de las personas con discapacidad psicosocial siendo importante una combinación de tratamientos que resultan más eficaces y efectivos que los tratamientos proporcionados de manera aislada. El y la residente de psiquiatría que reflexiona sobre estos asuntos es alguien que hace filosofía en la práctica médica y filosofar es hacer hermenéutica (Malpas, 2003).

La bioética hermenéutica no pretende dar soluciones irrefutables sino un enfoque o marco de reflexión donde las decisiones sean prudentes y contextualizadas. Conceptualmente la *phrónesis* como la describe Gadamer tiene que ver con una actividad racional e intelectual que se da por la experiencia (*praxis*) (Gadamer, 1993; Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016). Es de hecho el eje de la ética de la virtud de Aristóteles quien buscaba la aplicación del justo medio, que no se debe dar ni por exceso ni por déficit. Pero esto no es la simple fracción de valores para llegar a una solución “éticamente geométrica”. No se trata de tomar una decisión como si fuera un algoritmo o una ecuación. Tampoco como si fuera un imperativo categórico. Es más bien, reflexionar sobre qué solución es la más prudente tomando en cuenta diferentes variables que se van a contextualizar en el proceso de interpretación (Aristotle, ca. 350 B.C.E. / 2009; Gadamer, 1993; Gadamer 1975; Svenaeus, 2003, Svenaeus, 2000).

En este sentido, el *phrónimos*, que en este caso es el residente de psiquiatría, tendría que preguntarse constantemente si cada uno de los pacientes tiene o no la posibilidad de tomar decisiones por sí mismo, no solo en el proceso de tratamiento, y con ello deliberar cual sería el mejor curso de acción en ese momento para ese caso en particular, para esa persona específica. No se trata de seguir reglas inflexibles, lo cual iría en contra de la propia bioética hermenéutica de Gadamer, sino de constantemente realizar el ejercicio de reflexión (Gadamer, 1993; Gadamer 1975; Svenaeus, 2003, Svenaeus, 2000).

Las decisiones parecen limitarse solamente a los procesos de tratamiento o internamiento. Si bien es cierto, este es el campo de operación de los residentes, hay otros temas que orbitan estos elementos. Por ejemplo, la psicoeducación, la formación de otros recursos humanos (formación de otros residentes), el ofrecimiento de diferentes alternativas de tratamiento, el respeto por los derechos de los pacientes, su calidad de vida, etc. Hacer esto se escapa del trato directo con el paciente (en estricto sentido) pero, los residentes, al ser agentes de cambio social, pueden atender estos asuntos con un impacto igualmente

comunitario. Atender estos temas, permitiría evitar otros problemas como el estigma o la discriminación hacia las personas con discapacidad psicosocial.

La bioética hermenéutica es un enfoque distinto de las éticas deontológicas que siguen principios el momento de actuar los cuales se traducen en normas o códigos de conducta. Sabemos que gran parte de la ética profesional en diferentes disciplinas parte de este tipo de aproximaciones. A los estudiantes típicamente se les enseña a seguir los aspectos jurídicos de su profesión regulados en leyes específicas, para el caso de la medicina sería la Ley General de Salud. De igual forma los tratados internacionales se enseñan ya que se han establecido a la par de nuestra máxima ley que es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Este catálogo de principios contenidos en diferentes instrumentos jurídicos y normativos no exige una deliberación sino más bien un seguimiento de estos.

Como se mencionó antes, estos códigos de conducta no siempre van a anticipar todos los escenarios en los que se puede presentar un problema lo que, entonces sí, exige una deliberación. Incluso las leyes se van reformando de acuerdo con los avances científicos. Pensemos en leyes que regulan las telecomunicaciones hoy en día, fueron modificadas cuando apareció el internet. Lo mismo sucede en el área de la salud mental. Por ejemplo, de acuerdo con los avances en neuroderecho o neuroética, el entendimiento de los aspectos que orbitan el área de la salud mental, se han modificado principios y leyes normativas.

Es importante por ello no confundir una deliberación jurídica con una ética. Mientras que la primera está en armonía con las leyes ya existentes, la segunda exige una reflexión de los argumentos sobre el por qué una decisión puede considerarse como buena o mala, aunque aún no esté plasmada en las leyes. Por ejemplo, con el tema actual de la inteligencia artificial, se pueden encontrar argumentos sobre cuál sería el mejor uso que se le puede dar a esta herramienta digital, aunque en nuestro país aún no exista una ley vigente para ello. En otras palabras, la ausencia de una ley no impide que se genere una reflexión sobre lo que eventualmente estaría bien o mal. Precisamente estas consideraciones son las que originan

los marcos jurídicos correspondientes. Como ejemplo tenemos la abolición de la esclavitud que era en un momento dado hasta cierto punto legal, pero al reflexionar sobre ello se decidió modificar la ley por considerarse como algo “malo”.

La bioética hermenéutica de Gadamer, al proponer una constante deliberación fortalece el ejercicio reflexivo para responder de una manera hábil sobre las diferentes situaciones que se pueden presentar, algo que justamente compartían algunas de las participantes y que enriquecieron el entendimiento sobre el trato profesional que se puede brindar a los usuarios de servicios de salud mental. Esto es, la importancia de contextualizar para poder tomar una decisión que sea prudente (Gadamer, 1993; Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016).

La medicina no es de los médicos, ellos no tienen el monopolio, sino que es de la sociedad en su conjunto (Cruess, 2006; Cruess & Cruess, 2006; Cruess et al., 2014). Como mencionan Cruess & Cruess (2006), el estatus del profesional depende de la confianza por parte del público hacia los médicos, en este caso los residentes de psiquiatría. Es importante decir que, al profesionalismo tampoco se le puede quitar los componentes teóricos y técnicos ya que, quedaría una persona con muy buenas intenciones (ética) pero sin los conocimientos para ayudar de manera efectiva. Profesional no sería un sinónimo de comportarse de manera ética.

A través de la interpretación de los casos y la *phrónesis* aristotélica, los residentes serán percibidos como confiables o no por parte de los mismos usuarios y la sociedad en general, quienes reconocen su estatus como profesionales, un término que se ha mostrado como multívoco. Dicho de otra forma, el profesionalismo se asocia con reglas que debe tener el médico, pero son valores impuestos, es decir, ellos y ellas deben seguir normas establecidas que están contenidas en la ley (reglamentos, códigos de conducta, etc.) El presente estudio, se refiere más al aspecto del razonamiento moral. Es decir, el residente o la residente puede conocer, y, es más, seguir los códigos y reglamentos establecidos, pero para tener una

práctica profesional también debe saber deliberar y tomar decisiones. Una de las propuestas actuales para lograrlo es a través de la hermenéutica, la habilidad de entrar en diálogo con la finalidad de lograr una serie de interpretaciones que activen la phrónesis.

Precisamente, las contribuciones del estudio tienen que ver con que integra una definición de profesionalismo dentro del área de la salud mental (ya que a veces es demasiado teórico y abstracto), asocia el componente ético con la bioética hermenéutica de Gadamer (señala un enfoque particular) y subraya la importancia que tiene la enseñanza de este punto desde el currículo oculto (metodología de aprendizaje).

Al final, las y los residentes de psiquiatría son consultados debido a que hay personas que en su existencia están sufriendo y que necesitan del acompañamiento de alguien a quien consideran como un profesional que esté formado en la complejidad de la naturaleza del ser humano, que pueda interpretar su vida y que, a través del diálogo, pueda ofrecer soluciones a tal sufrimiento de manera phronética.

En el área de la salud mental, como en prácticamente todas las áreas de la medicina, el sufrimiento y los dolores que acompañan la existencia de los humanos es una constante y que existen áreas de la salud que se preocupan por este hecho. Reflexionar sobre qué hacer con cada paciente es algo que la bioética hermenéutica de Gadamer aporta a través de sus dos conceptos que ya se han discutido a la luz de los hallazgos en esta investigación, la interpretación de los casos y la phrónesis (Gadamer, 1993; Malpas, 2003; Gadamer, 1976; Moratalla, 2016; Svenaeus, 2003; Svenaeus, 2000).

En resumen, los residentes de psiquiatría sí están recibiendo los dos componentes de la bioética hermenéutica de Gadamer a través del currículo oculto expresado por vías como los mensajes, actitudes y valores. Se identificó la importancia de entender la vida de los pacientes a pesar de tener obstáculos administrativo-burocráticos. Por otro lado, se hace

ineludible tomar decisiones prudentes a partir de la contextualización de cada caso en el área de atención médico-psiquiátrica.

10. CONCLUSIONES

El diseño del estudio permitió develar algunas respuestas interesantes para un tema tan urgente como lo es el profesionalismo en residentes de psiquiatría enseñado a través del currículo oculto. La perspectiva de la bioética hermenéutica de Gadamer representó una postura original que contribuye al conocimiento científico en el área de la bioética. A continuación, se presentan las conclusiones del trabajo.

La psiquiatría ha sido una disciplina altamente estigmatizada a lo largo de su historia y hasta nuestros días. Lo mismo sucede con los propios usuarios de salud mental a quienes tradicionalmente se les ha separado de la sociedad por su supuesta rareza, extravagancia y peligrosidad. La atención a los usuarios de servicios de salud mental, antes llamados pacientes psiquiátricos y ahora, personas con discapacidad psicosocial, ha sido una empresa difícil. Desde luego, que los marcos de explicación para entender la compleja naturaleza humana no han podido revelar los misterios que encierra el producto más laberíntico de la evolución que es el cerebro humano. Sin embargo, poco a poco se ha ido ganando terreno en la comprensión de los procesos de salud y enfermedad mental en los seres humanos. Sumado a esto, los cambios en la legislación donde la persona está en el centro de la atención han habilitado la necesaria sensibilidad hacia las personas que pueden estar sufriendo de alguno de los trastornos descritos por las clasificaciones utilizadas en los manuales diagnósticos alrededor del mundo permitiendo que se les dé un trato más respetuoso y profesional.

La bioética a partir de 1971 atrajo temas asociados a los comportamientos de los profesionales de la salud en un catálogo amplio de asuntos. La toma de decisiones ha sido tradicionalmente un tópico de interés que se ha estudiado desde diferentes enfoques, en particular, desde la bioética hermenéutica que propone Gadamer.

Lo que se puede decir a partir de los resultados del estudio es que las y los residentes que participaron sí están recibiendo los elementos de la bioética hermenéutica de Gadamer, estos son, la interpretación de los casos y la toma de decisiones o *phrónesis*. Los residentes de psiquiatría han tenido experiencias educativas no formales donde el conocimiento de la vida de los pacientes a profundidad es importante no solo a nivel técnico para hacer un diagnóstico o un plan de tratamiento, sino para tomar decisiones con implicaciones éticas. La interpretación de los casos es pues un paso esencial para establecer una comunicación, un diálogo. El que interpreta, es el residente de psiquiatría, quien debe tener en la mente quién es esa persona que está en frente de él o de ella. No solo a nivel sintomático sino también a nivel biográfico. La persona que es usuaria de los servicios de salud mental es un relato viviente con una historia y con una forma de experimentar su vida de manera absolutamente particular. Las y los residentes, saben que esto es una forma de *ser-en-el-mundo* que se debe entender a profundidad, en el contexto de la atención a la salud es una forma de *ser un paciente*.

La psiquiatría lleva en su propia naturaleza la necesidad de entrevistar al paciente de manera constante y completa, proceso que es bien conocido por las y los residentes. Sumado a esto, desarrollan esa preocupación por la vida del paciente para entender globalmente a la persona. De acuerdo con los resultados, para ellas y ellos es inesquivable adentrarse de manera genuina a la vida del paciente. Este primer elemento de la bioética hermenéutica de Gadamer es recibido mediante el currículo oculto. En otras palabras, el clima cultural y social de los residentes fuera de sus clases formales les transmiten aquellos mensajes, actitudes y valores sobre interpretar los casos, o sea, las vidas de los pacientes, con interés, por el valor percibido que tiene entender el contexto del paciente para posteriormente tomar decisiones con implicaciones éticas.

Una vez que el o la residente de psiquiatría ha tenido un contacto frecuente con los pacientes comienza a desarrollar un entendimiento más general donde la experiencia del paciente es sumamente relevante. Posteriormente las y los residentes se enfrentan a tomar

decisiones constantes que son analizables desde el punto de vista ético. Las y los residentes van formando juicios y ejercitan la reflexión. Esto se asocia con la tradicional pregunta en ética sobre si se enseña de manera teórica o práctica, es decir, podemos observar que la ética no solo es una materia que enseñe fechas importantes o revisiones históricas, sino que la ética se vuelve práctica en el ambiente clínico dentro de la psiquiatría. Precisamente la bioética es una ética aplicada.

En el área de la salud mental y concretamente en el área de la psiquiatría se exige tomar decisiones en tiempo real. Por tanto, la ética se enseña en espacios diferentes a los salones de clases, algo que quedó demostrado en las constantes participaciones de los residentes en el estudio. La presencia del currículo oculto es notoria ya que la bioética se enseña junto al paciente. Dicho de otro modo, es en el constante intercambio de información donde los residentes aprenden mensajes, actitudes y valores que moldean su profesionalismo.

El segundo componente de la bioética hermenéutica de Gadamer que se exploró fue el tema de la *phrónesis* o como se ha traducido, la prudencia. Las y los residentes se preguntan constantemente qué se debe hacer. Esto es hacer hermenéutica. El seguir principios rígidos o supuestamente universales se aleja de la reflexión necesaria en la bioética hermenéutica ya que los casos son muy particulares y las decisiones deben ser contextualizadas. La *phrónesis* impulsa otros valores que pueden ser necesarios en determinadas circunstancias convirtiéndose en una llave axiológica. Es decir, la prudencia significa saber cuándo hay que ser justos, valientes, libres, etc. Es casi imposible ejercer todos los valores en un mismo momento o circunstancia. Se debe seleccionar qué se debe hacer con base al constante análisis y reflexión.

Los seres humanos nos enfrentamos a constantes situaciones éticamente dilemáticas en la vida cotidiana. Las y los residentes de psiquiatría no pueden escapar de esta situación en sus actividades. Pensar que hay respuestas únicas o incuestionables dentro de la bioética es algo inocente e ilusorio. El combustible que alimenta las constantes reflexiones en bioética

hermenéutica son cada uno de los casos que se van presentando, es decir, el combustible es inagotable. De ahí que el primer elemento explorado haya sido la interpretación de cada caso que habilita el ejercicio phronético o prudencial por parte de la o el residente. Un cambio de tratamiento, el ofrecimiento de un internamiento voluntario, el rompimiento de la confidencialidad, se convierten en decisiones ya no técnicas, sino éticas cuando se contextualiza a la vida de los pacientes, sus redes de apoyo, sus medios socioculturales, su poder adquisitivo, su malestar percibido o su sufrimiento en general.

Desde luego hay pendientes administrativo-institucionales que permitan acompañar este enfoque para que los residentes se sientan respaldados sobre su forma de actuar con los usuarios. De igual forma, es importante plantear para futuros estudios, la posibilidad de llevar a la práctica de la bioética hermenéutica a través de clases formales.

11. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Trabajar de manera cercana con personas con discapacidad psicosocial y conocer la estructura institucional de los servicios de salud mental fortaleció la comprensión de las participaciones de los residentes que se enrolaron en el estudio. Durante todo el proceso de investigación se mantuvo la transparencia sobre los objetivos del estudio, así como la estricta confidencialidad de las identidades de los participantes. A pesar de que los participantes fueron solamente 8, es importante que se consiguió la saturación de información por lo que el número de participantes no fue una considerada como una cortapisa.

Por otro lado, una limitación fue que, solo participaron residentes de dos instituciones que puede que estén en línea con los temas de la bioética hermenéutica de Gadamer, situación que faltaría por explorar en otras instituciones del país y así, poder hacer comparaciones más pertinentes. En este sentido se debe tomar en cuenta el sesgo de autoselección donde los participantes a los que les ha interesado el tema son los que se enrolaron en el estudio ¿. Asimismo, el hecho de que se hablara sobre algunos pendientes y controversiales que pudiera haber en cada institución pudo haber sido un obstáculo para que los participantes compartieran de manera clara y directa las experiencias que tienen. En ese sentido, puede haber aparecido el sesgo de deseabilidad social donde los participantes compartieran lo que el investigador principal deseaba escuchar de acuerdo con su percepción del estudio.

Otra limitación se debió a la incertidumbre que había por la pandemia por COVID-19 en su momento, por eso las entrevistas se hicieron de manera virtual, lo que facilitó la programación de las entrevistas por los horarios y ocupaciones de los residentes.

La validez de las entrevistas descansa en los testimonios de los propios participantes más que en otros métodos como observaciones cuidadosas o por triangulación de información.

Estudios futuros pueden contribuir para superar estas limitaciones y enriquecer las principales conclusiones que se elaboraron a partir de las entrevistas descritas.

La investigación científica siempre ofrecerá verdades parciales esto quiere decir que no son completas, finales o incorregibles. Por ello, es importante subrayar que el presente estudio ofrece conclusiones parciales que pueden ser sometidas a comparación, contraste, debate, discusión y crítica que provengan de otros estudios que hayan empleado el método científico. Esto justamente está en el corazón de la actividad científica realizada por los seres humanos. Finalmente, también abona a poder identificar errores en el estudio y así poder llegar a respuestas más sólidas y completas en el futuro respecto al tema que se ha abordado.

12. REFERENCIAS

Akaki Blancas, J. L., & López Bárcena, J. (2018). Formación de médicos especialistas en México. En *Educación Médica* (Vol. 19, pp. 36–42). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.007>

Alsaigh, R., & Coyne, I. (2021). Doing a Hermeneutic Phenomenology Research Underpinned by Gadamer's Philosophy: A Framework to Facilitate Data Analysis. *International Journal of Qualitative Methods*, 20. <https://doi.org/10.1177/16094069211047820>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Anfara, V.A. & Mertz, N. T. (2015). *Theoretical frameworks in qualitative research*. SAGE.

Aramouny, C., Kerbage, H., Richa, N., Rouhana, P., & Richa, S. (2020). Knowledge, Attitudes, and Beliefs of Catholic Clerics' Regarding Mental Health in Lebanon. *Journal of religion and health*, 59(1), 257–276. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00758-1>

Aristotle. (2009). *The Nicomachean Ethics* (D. Ross, Trans). Oxford University Press. (Original work published ca. 350 B.C.E.)

Arora, R., & Mukherjee, S. D. (2021). The Hidden Curriculum in Postgraduate Medical Education: a Commentary. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 36(2), 435–437. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01816-z>

Atkinson, J. (1991). Autonomy and mental health. In P. Barker & S. Baldwin (Eds.), *Ethical Issues in Mental Health*. (pp. 103-126). Springer-Science + Business Media, B.V. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3270-9>

Azmand, S., Ebrahimi, S., Iman, M., & Asemani, O. (2018). Learning professionalism through hidden curriculum: Iranian medical students' perspective. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 11, 10.

Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: cross-sectional population-based survey. *BMC public health*, 16, 127. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2815-5>

Baker, R. (2013). *Before Bioethics*. Oxford University Press.

Balbona, J., & Patel, T. (2020). The Hidden Curriculum: Strategies for Preparing Residents for Practice. *Current urology reports*, 21(10), 39. <https://doi.org/10.1007/s11934-020-00992-1>

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

Beecher H. K. (1966). Ethics and clinical research. *The New England journal of medicine*, 274(24), 1354–1360. <https://doi.org/10.1056/NEJM196606162742405>

Benatar D. (2006). Bioethics and health and human rights: a critical view. *Journal of medical ethics*, 32(1), 17–20. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.011775>

Boelen C. (2002). A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 592–593.

Boer, C., & Daelmans, H. (2020). Team up with the hidden curriculum in medical teaching. *British journal of anaesthesia*, 124(3), e52–e54. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.12.031>

Bradbury-Jones, C., Breckenridge, J., Clark, M. T., Herber, O. R., Wagstaff, C., & Taylor, J. (2017). The state of qualitative research in health and social science literature: a focused mapping review and synthesis. *In International Journal of Social Research Methodology* 20(6), 627–645. <https://doi.org/10.1080/13645579.2016.1270583>

Bruno, W., & Haar, R. J. (2020). A systematic literature review of the ethics of conducting research in the humanitarian setting. *Conflict and health*, 14, 27. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00282-0>

Byszewski, A., Hendelman, W., McGuinty, C., & Moineau, G. (2012). Wanted: role models--medical students' perceptions of professionalism. *BMC medical education*, 12, 115. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-115>

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2020). Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. 24-01-2020. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

Casan Clarà, P., & Barrueco Ferrero, M. (2020). A Glimpse Behind the Hidden Curriculum. El currículum oculto ligeramente al descubierto. *Archivos de bronconeumología*, 56(7), 418–419. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2019.09.001>

Chiumento, A., Rahman, A., Frith, L., Snider, L., & Tol, W. A. (2017). Ethical standards for mental health and psychosocial support research in emergencies: review of literature and current debates. *Globalization and health*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0231-y>

Choudhury, D., & Nortjé, N. (2022). The Hidden Curriculum and Integrating Cure- and Care-Based Approaches to Medicine. *HEC forum : an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues*, 34(1), 41–53. <https://doi.org/10.1007/s10730-020-09424-6>

Corrigan, P. W., & Shapiro, J. R. (2010). Measuring the impact of programs that challenge the public stigma of mental illness. *Clinical psychology review*, 30(8), 907–922. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.004>

Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas, Mayo 3, 2008. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

CNDH. (2016). *La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

CNDH. (2018). *Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura sobre los Hospitales Psiquiátricos que dependen del Gobierno Federal y Estados de la República Mexicana*. Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Coleborne, C. (2001). Exhibiting 'Madness': Material Culture and the Asylum. *Health and History*, 3(2), 104-117. [doi:10.2307/40111408](https://doi.org/10.2307/40111408)

Colegio Médico de México A.C. (2019, Mayo 16). *Historia de la enseñanza médica en México*. <https://www.colegiomedicodemexico.org/portfolio/historia-de-la-ensenanza-medica-en-mexico/>

Colegio Médico de México A.C. (2019, Marzo 14). *La educación médica en México y sus antecedentes*. <https://www.colegiomedicodemexico.org/portfolio/la-educacion-medica-en-mexico-y-sus-antecedentes/>

Crawford, L.M. (2019). Conceptual and theoretical frameworks in research. In G.J. Burkholder, K.A. Cox, Crawford, L.M. & J.H. Hitchcock. (Eds.) *Research design and methods: An applied guide for scholar-practitioner*. (pp. 35-48). SAGE.

Cruess R. L. (2006). Teaching professionalism: theory, principles, and practices. *Clinical orthopaedics and related research*, 449, 177–185. <https://doi.org/10.1097/01.blo.0000229274.28452.cb>

Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2006). Teaching professionalism: general principles. *Medical teacher*, 28(3), 205–208. <https://doi.org/10.1080/01421590600643653>

Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic medicine : journal of the*

Association of American Medical Colleges, 89(11), 1446–1451.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427>

Cruess, S. R., Cruess, R. L., & Steinert, Y. (2019). Supporting the development of a professional identity: General principles. *Medical teacher*, 41(6), 641–649.
<https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1536260>

Custers, E., & Cate, O. T. (2018). The History of Medical Education in Europe and the United States, With Respect to Time and Proficiency. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 93(3S Competency-Based, Time-Variable Education in the Health Professions), S49–S54. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002079>

Dalrymple, T. (2012). An end to institutions? *BMJ: British Medical Journal*, 344(7862), 37–37. Retrieved September 20, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/23235748>

de la Garza, S., Phuoc, V., Throneberry, S., Blumenthal-Barby, J., McCullough, L., & Coverdale, J. (2017). Teaching Medical Ethics in Graduate and Undergraduate Medical Education: A Systematic Review of Effectiveness. *Academic psychiatry: the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 41(4), 520–525. <https://doi.org/10.1007/s40596-016-0608-x>

de la Fuente, J.R. & Heinze, G. (2014). La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud Mental*, 37(6), 523-530. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a11.pdf>

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2017). *The Sage handbook of qualitative research*. Sage.

Dias da da Silva, M. A., Pereira, A. C., Vital, S., Marino, R., Ghanim, A., Skelton, M. C., Kavarella, A., Kakaboura, A., Uribe, S., Johnson, I., & Walmsley, A. D. (2022). Online videos: The hidden curriculum. *European journal of dental education : official journal of the Association for Dental Education in Europe*, 10.1111/eje.12766. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/eje.12766>

Doja, A., Bould, M. D., Clarkin, C., Eady, K., Sutherland, S., & Writer, H. (2016). The hidden and informal curriculum across the continuum of training: A cross-sectional qualitative study. *Medical teacher*, 38(4), 410–418. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2015.1073241>

Donner, W. & Diaz, W. (2018). Methodological Issues in Disaster Research. In Rodríguez, H., Donner, W. & Triantor J. E. (Eds.), *Handbook of Research Disaster* (pp. 289-309). Springer. [10.1007/978-3-319-63254-4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-63254-4)

Doukas, D. J., Kirch, D. G., Brigham, T. P., Barzansky, B. M., Wear, S., Carrese, J. A., Fins, J. J., & Lederer, S. E. (2015). Transforming educational accountability in medical ethics and humanities education toward professionalism. *Academic medicine: journal of the Association*

of American Medical Colleges, 90(6), 738–743.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000616>

Doukas, D. J., McCullough, L. B., Wear, S., Lehmann, L. S., Nixon, L. L., Carrese, J. A., Shapiro, J. F., Green, M. J., Kirch, D. G., & Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators. (2013). The challenge of promoting professionalism through medical ethics and humanities education. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(11), 1624–1629. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182a7f8e3>

Ehie, O., Muse, I., Hill, L., & Bastien, A. (2021). Professionalism: microaggression in the healthcare setting. *Current opinion in anaesthesiology*, 34(2), 131–136. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000966>

Enders, F. T., Golembiewski, E. H., Orellana, M., Silvano, C. J., Sloan, J., & Balls-Berry, J. (2021). The hidden curriculum in health care academia: An exploratory study for the development of an action plan for the inclusion of diverse trainees. *Journal of clinical and translational science*, 5(1), e203. <https://doi.org/10.1017/cts.2021.867>

Epstein, R. M., & Street, R. L., Jr (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of family medicine*, 9(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>

Erikson, F. (2018). A history of qualitative inquiry in social and educational research. In Denzin, N.K., Lincoln Y.S. (Eds). *The Sage handbook of qualitative research*. (pp. 36-65). Sage

Evans-Lacko, S., London, J., Japhet, S., Rüsçh, N., Flach, C., Corker, E., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2012). Mass social contact interventions and their effect on mental health related stigma and intended discrimination. *BMC public health*, 12, 489. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-489>

Eylem, O., de Wit, L., van Straten, A., Steubl, L., Melissourgaki, Z., Danişman, G. T., de Vries, R., Kerkhof, A., Bhui, K., & Cuijpers, P. (2020). Stigma for common mental disorders in racial minorities and majorities a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 20(1), 879. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08964-3>

Fajardo-Dolci, G. E., Santacruz-Varela, J., Lara-Padilla, E., García-Luna Martínez, E., Zermeño-Guerra, A., & Gómez, J. C. (2019). Características generales de la educación médica en México. Una mirada desde las escuelas de medicina. En *Salud Pública de México* (Vol. 61, Issues 5, sep-oct, p. 648). Instituto Nacional de Salud Publica. <https://doi.org/10.21149/10149>

Falb, K., Laird, B., Ratnayake, R., Rodrigues, K., & Annan, J. (2019). The ethical contours of research in crisis settings: five practical considerations for academic institutional review boards and researchers. *Disasters*, 43(4), 711–726. <https://doi.org/10.1111/disa.12398>

Ferrer, J.J. & Álvarez, J.C. (2003). *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Comillas.

Ferrer, J.J., Lecaros, J.A. & Molins, R. (2016). *Bioética: el pluralismo de la fundamentación*. Comillas

Fleming, A. (1947). Louis Pasteur. *The British Medical Journal*, 1(4502), 517-522. Retrieved September 20, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/20369362>

Flexner, A. (1910). Medical Education in America. Rethinking the training of American doctors. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/magazine/archive/1910/06/medical-education-in-america/306088/>

Flexner A. (2002). Medical education in the United States and Canada. From the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, Bulletin Number Four, 1910. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 594–602.

Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.

Gadamer, H.G. (1975). *Truth and Method*. Continuum.

Gadamer, H.G. (1976). *Philosophical hermeneutics*. University of California Press.

Gadamer, H.G. (1993). *El problema de la consciencia histórica*. Tecnos.

Gaier, U. (1968). Sebastian Brant's "Narrenschiff" and the Humanists. *PMLA*, 83(2), 266-270. [doi:10.2307/1261181](https://doi.org/10.2307/1261181)

Gardeshi, Z., Amini, M., & Nabeiei, P. (2018). The perception of hidden curriculum among undergraduate medical students: a qualitative study. *BMC research notes*, 11(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3385-7>

Garrabé, J. (2011). Approche historique des classifications en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(4), 244-247. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.03.002>

Glas, G. (2003). A conceptual history of anxiety and depression. In S. Kasper, J. den Boer, & J. Sitsen (Eds.), *Handbook of depression and anxiety* (pp. 1-48). Marcel Dekker.

Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory analysis*. Aldine.

González, N. (2008). Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Anuario Mexicano de Derecho Internacional*, 527-540.

Gordon, D. (1982). The Hidden Curriculum. *Journal of Philosophy of Education*, 16(2), 187-198. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9752.1982.tb00611.x>

Green H. E. (2014). Use of theoretical and conceptual frameworks in qualitative research. *Nurse researcher*, 21(6), 34–38. <https://doi.org/10.7748/nr.21.6.34.e1252>

Green, J. & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. Sage Publications.

Gronholm, P. C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 249–258. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1341-9>

Grzybowski, A., Sak, J., Suchodolska, E., & Virmond, M. (2015). Lepra: various etiologies from miasma to bacteriology and genetics. *Clinics in dermatology*, 33(1), 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.07.012>

Guillemain, H. (2006). Médecine et religion au XIXe siècle. Le traitement moral de la folie dans les asiles de l'ordre de Saint-Jean de Dieu (1830-1860). *Le Mouvement Social*, (215), 35-49. Retrieved September 20, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/3779771>

Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 69(11), 861–871. <https://doi.org/10.1097/00001888-199411000-00001>

Hafferty F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(4), 403–407. <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013>

Hafferty, F.W. & O'Donell, J.F. (Eds). (2014). *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*. Dartmouth College Press.

Hardy, T. (1998). *Historia de la Psicología*. Prentice-Hall.

Harreveld, B., Danaher, M., Lawson, C., Allen, B. & Busch, G. (2016). *Constructing methodology for qualitative research: Researching education and social practices*. Palgrave MacMillan.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and Acceptance*. The Guilford Press.

Heinze, G., Chapa, G. del C., & Carmona-Huerta, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud mental*, 39,(2), 69–76. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2016.003>

Heinze-Martin, G., Olmedo-Canchola, V. H., Bazán-Miranda, G., Bernard-Fuentes, N. A., & Guízar-Sánchez, D. P. (2018). Los médicos especialistas en México. *Gaceta medica de Mexico*, 154(3), 342–351. <https://doi.org/10.24875/GMM.18003770>

Helmchen, H. (2010a). Informed Consent in Psychiatric Practice. In H. Helmchen & N. Sartorius (Eds.), *Ethics in Psychiatry: European Contributions*. (pp.139-146). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-8721-8>

Helmchen, H. & Sartorius, N. (2010). Societal Framework of Psychiatry. In H. Helmchen & N. Sartorius (Eds.), *Ethics in Psychiatry: European Contributions*. (pp.3-10). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-8721-8>

Henry, M. C., Joseph, K. A., Reyna, C., Raja, S., & Stein, S. L. (2021). Redefining professionalism. *American journal of surgery*, 222(5), 899–900. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2021.04.013>

Hesse-Biber, S.N. (2017). *The practice of qualitative research*. Sage.

Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual review of clinical psychology*, 4, 367–393. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>

Horden, P. (2005). The Earliest Hospitals in Byzantium, Western Europe, and Islam. *The Journal of Interdisciplinary History*, 35(3), 361-389. Retrieved September 20, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/3657030>

Hothersall, D. (1997). *Historia de la Psicología*. McGraw-Hill.

Howitt, D. (1996). *Introduction to qualitative methods in psychology*. Pearson.

Jauregui, J., Gatewood, M. O., Ilgen, J. S., Schaninger, C., & Strote, J. (2016). Emergency Medicine Resident Perceptions of Medical Professionalism. *The western journal of emergency medicine*, 17(3), 355–361. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.2.29102>

Jonsen, A. (1998). *The birth of bioethics*. Oxford University Press.

Kazdin, A. (1978). *History of behavior modification experimental foundations of contemporary research*. University Park Press.

Kessler, K. (2007). Physicians and the Nazi euthanasia program. *International Journal of Mental Health*, 36(1), 4-16. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411360101>

Khalajinia, Z., Alipour, Z., & Safaeipour, R. (2020). Exploring medical teachers' and interns' experiences regarding professional ethics. *Journal of education and health promotion*, 9, 131. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_706_19

Kivunja, Ch. (2018). Distinguishing between theory, theoretical framework, and conceptual framework: a systematic review of lessons from the field. *International Journal of Higher Education*, 7(6), 44-53. <https://doi.org/10.5430/ijhe.v7n6p44>

Kvale, S. (1996). *Interviews. An introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications.

Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.

Koo, J., & Ramirez, F. (2009). National Incorporation of Global Human Rights: Worldwide Expansion of National Human Rights Institutions, 1966-2004. *Social Forces*, 87(3), 1321-1353. Retrieved September 20, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/40345163>

Kohrt, B. A., Mistry, A. S., Anand, N., Beecroft, B., & Nuwayhid, I. (2019). Health research in humanitarian crises: an urgent global imperative. *BMJ global health*, 4(6), e001870. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001870>

Kristensson, B. (2010). *Ricoeur, hermeneutics, and globalization*. Continuum.

Krugman S. (1986). The Willowbrook hepatitis studies revisited: ethical aspects. *Reviews of infectious diseases*, 8(1), 157–162. <https://doi.org/10.1093/clinids/8.1.157>

Lacy, S., Watson, B. R., Riffe, D., & Lovejoy, J. (2015). Issues and Best Practices in Content Analysis. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 92(4), 791–811. <https://doi.org/10.1177/1077699015607338>

Lantéri-Laura, G. (2001). Rencontres de l'épistémologie de la psychiatrie avec son histoire. *Annales Médico-Psychologiques*, 159(5), 375-382. [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00058-0](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00058-0)

Larkin GL, Binder L, Houry D, Adams J. Defining and evaluating professionalism: a core competency for graduate emergency medicine education. *Acad Emerg Med*. 2002 Nov;9(11):1249-56. [doi: 10.1111/j.1553-2712.2002.tb01585.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2002.tb01585.x).

Leavey G. (2010). The appreciation of the spiritual in mental illness: a qualitative study of beliefs among clergy in the UK. *Transcultural psychiatry*, 47(4), 571–590. <https://doi.org/10.1177/1363461510383200>

Leavey, G., Loewenthal, K., & King, M. (2016). Locating the Social Origins of Mental Illness: The Explanatory Models of Mental Illness Among Clergy from Different Ethnic and Faith Backgrounds. *Journal of religion and health*, 55(5), 1607–1622. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0191-1>

León-Bórquez, R., Lara-Vélez, V. M., & Abreu-Hernández, L. F. (2018). Educación médica en México. *Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(3), 119-128. <https://doi.org/10.33588/fem.213.949>

Lepoutre, T. (2014). Déconstruire Kraepelin: considérations historiques sur la nosologie kraepelinienne. *L'evolution psychiatrique*, 79(2), 239-260. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.12.001>

Liamputtong, P. (2019a). *Handbook of research methods in health social sciences*. Springer.

Liamputtong, P. (2019b). Qualitative Inquiry. In Liamputtong (Ed.). *Handbook of research methods in health social sciences*. (pp. 9-25). Springer.

Liao, J. M., Thomas, E. J., & Bell, S. K. (2014). Speaking up about the dangers of the hidden curriculum. *Health affairs (Project Hope)*, 33(1), 168-171. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2013.1073>

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43-83.

López-Guerrero, L. G. (2007). La defensa de los derechos humanos en México. Respuesta a John Ackerman. *Cuestiones Constitucionales*, 205-251.

Lynch, J., M Ramjan, L., J Glew, P., & Salamonsen, Y. (2020). How to embed a conceptual or theoretical framework into a dissertation study design. *Nurse researcher*, 28(3), 24-29. <https://doi.org/10.7748/nr.2020.e1723>

MacIntyre, A. (1976). *Historia de la Ética*. Paidós.

MacIntyre, A. (2007). *After virtue: a study in moral theory*. University of Notre Dame Press.

Mackin, R., Baptiste, S., Niec, A., & Kam, A. J. (2019). The Hidden Curriculum: A Good Thing?. *Cureus*, 11(12), e6305. <https://doi.org/10.7759/cureus.6305>

MacNeil, K. A., Regehr, G., & Holmes, C. L. (2021). Contributing to the hidden curriculum: exploring the role of residents and newly graduated physicians. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 10.1007/s10459-021-10081-8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10459-021-10081-8>

Maitra, A., Lin, S., Rydel, T. A., & Schillinger, E. (2021). Balancing Forces: Medical Students' Reflections on Professionalism Challenges and Professional Identity Formation. *Family medicine*, 53(3), 200-206. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.128713>

Maldonado-Castellanos, I. (2022). De la extracción de la piedra de la locura a los derechos de las personas con discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 65:2. (55-56).

Maldonado-Castellanos, I., & Barrios, L. M. (2023). Ethical Issues when Using Digital Platforms to Perform Interviews in Qualitative Health Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 22. <https://doi.org/10.1177/16094069231165949>

Maldonado, I. & Martínez, N. (2021). Ingreso voluntario e involuntario en psiquiatría: Análisis ético y jurídico desde el artículo 15 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En J. Hincapie, T. Fortoul & G. Fajardo. (Eds.) *Tópicos selectos en bioética* (pp. 109-127). Tirant LoBlanch.

Malpas, J. (2003). Hans-Georg Gadamer. In E. Zalta (Ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2022 minor correction). Stanford University (Winter 2022 ed.). <https://plato.stanford.edu/entries/gadamer/>

Marshall, C. & Rossman, G. (2016). *Designing qualitative research*. SAGE.

Mascayano, F. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 53-58.

Matthan, J., & Finn, G. M. (2020). The Hidden Curriculum of Utilisation of Imaging and Unregulated Digital Resources within Clinical Education. *Advances in experimental medicine and biology*, 1235, 145–163. https://doi.org/10.1007/978-3-030-37639-0_9

Maxwell, J.A. (2013). *Qualitative research design: An interactive approach*. SAGE.

McClelland, R. (2010). Confidentiality. In H. Helmchen & N. Sartorius (Eds.), *Ethics in Psychiatry: European Contributions*. (pp.161-179). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-8721-8>

McHenry L. (2006). Ethical issues in psychopharmacology. *Journal of medical ethics*, 32(7), 405–410. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.013185>

Meier B. M. (2017). Human Rights in the World Health Organization: Views of the Director-General Candidates. *Health and human rights*, 19(1), 293–298.

Mejia, R. B., Shinkunas, L. A., & Ryan, G. L. (2015). Ethical issues identified by obstetrics and gynecology learners through a novel ethics curriculum. *American journal of obstetrics and gynecology*, 213(6), 867.e1–867.e11. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.023>

Merriam, A. B. & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. Jossey-Bass.

Metha, N. & Thornicroft, G. (2010). Stigmatisation of People with Mental Illness and of Psychiatric Institutions. In H. Helmchen & N. Sartorius (Eds.), *Ethics in Psychiatry: European Contributions*. (pp.11-32). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-8721-8>

Miles, M.B., Huberman, A. M. & Saldaña, Johnny. (2016). *Qualitative data analysis: A method sourcebook*. SAGE.

Miller G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), S63–S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>

Mirador Universitario UNAM. (2020, Octubre 6). *Historia de la Medicina y la Facultad de Medicina*. [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=HzG2XBpfjBo>

Misch D. A. (2002). Evaluating physicians' professionalism and humanism: the case for humanism "connoisseurs". *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 77(6), 489–495. <https://doi.org/10.1097/00001888-200206000-00004>

Moratalla, T. D. (2016). Bioética hermenéutica. En Ferrer, J.J., Lecaros, J.A. & Molins, R. (Eds.), *Bioética: El pluralismo de la fundamentación*. (pp. 267-302). Universidad Pontificia Comillas.

Moscoso, J. N. (2019). RAZONAMIENTO ABDUCTIVO: UNA CONTRIBUCIÓN A LA CREACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN EDUCACIÓN. *Cadernos de Pesquisa*, 49(171), 308-329. Epub 13 de maio de 2019. <https://doi.org/10.1590/198053145255>

Muller, F. L. (1980). *Historia de la Psicología. De la antigüedad a nuestros días*. Fondo de Cultura Económica.

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>

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2012). *Service User Experience in Adult Mental Health: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Mental Health Services*. British Psychological Society.

Newman, D., O'Reilly, P., Lee, S. H., & Kennedy, C. (2015). Mental health service users' experiences of mental health care: an integrative literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(3), 171–182. <https://doi.org/10.1111/jpm.12202>

Nguyen, T., Whitehead, L., Dermody, G., & Saunders, R. (2022). The use of theory in qualitative research: Challenges, development of a framework and exemplar. *Journal of advanced nursing*, 78(1), e21–e28. <https://doi.org/10.1111/jan.15053>

O'Mathúna D. P. (2010). Conducting research in the aftermath of disasters: ethical considerations. *Journal of evidence-based medicine*, 3(2), 65–75. <https://doi.org/10.1111/j.1756-5391.2010.01076.x>

O'Mathúna D. (2015). Research ethics in the context of humanitarian emergencies. *Journal of evidence-based medicine*, 8(1), 31–35. <https://doi.org/10.1111/jebm.12136>

OMS. (2014). *Documentos Básicos*. Organización Mundial de la Salud.

O'Sullivan, A. J., & Toohey, S. M. (2008). Assessment of professionalism in undergraduate medical students. *Medical teacher*, 30(3), 280–286. <https://doi.org/10.1080/01421590701758640>

Palmer, R. (1969). *Hermeneutics*. Northwestern University Press.

Paul, D., Ewen, S. C., & Jones, R. (2014). Cultural competence in medical education: aligning the formal, informal and hidden curricula. *Advances in health sciences education : theory and practice*, 19(5), 751–758. <https://doi.org/10.1007/s10459-014-9497-5>

Pellegrino, E.D. & Thomasma, D.C. (1993). *Virtues in medical practice*. Oxford University Press.

Percival, T. (1803). *Medical ethics*. Castle Street Warwick.

Pérez, R. (1997). *De la magia primitiva a la medicina moderna*. Fondo de Cultura Económica.

Pérez, R. (2002). *Ética médica laica*. Fondo de Cultura Económica.

Perry, R. W. (2018). Defining disaster: An evolving concept. In Rodríguez, H., Donner, W. & Triano J. E. (Eds.), *Handbook of Research Disaster* (pp. 3-22). Springer. [10.1007/978-3-319-63254-4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-63254-4)

Persons, J. B. (2008). *Therapy, The Case Formulation Approach to Cognitive-Behavior*. The Guilford Press.

Pinto, I. C., Bernardo, M., Sousa, S., & Curral, R. (2020). Evaluation of mental health stigma on medical education: an observational study with Portuguese medical students. *Porto biomedical journal*, 5(4), e074. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.0000000000000074>

Ramos, S. (2016). Convention on the Rights of persons with disabilities in mental health. A human rights issue. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 9(2), 126-128.

Ramos, S. (2017). Una visión más realista de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Acta Bioethica*, 119-128.

Resnick, K. S., & Fins, J. J. (2021). Professionalism and Resilience After COVID-19. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 45(5), 552–556. <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01416-z>

Ritchie, H. & Roser, M. (2018, November 5). *Mental Health*. Our World In Data. <https://ourworldindata.org/mental-health>

Rodríguez, G. Gil, J. & García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Ediciones Aljibe.

Rossiter, K. (1973). Bosch and Brant: Images of Folly. *Yale University Art Gallery Bulletin*, 34(2), 18-23. Retrieved September 20, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/40514148>

Rossman, G.B. & Rallis, S.F. (2017). *Learning in the field: an introduction to qualitative research*. Sage.

Rothman, D.J. (2003). *Strangers at the bedside*. Aldine de Gruyter.

Roulston, K. (2014). Analysing Interviews. In. Flick, U. (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. (pp. 297-312). Sage.

Safari, Y., Khatony, A., Khodamoradi, E., & Rezaei, M. (2020a). The role of hidden curriculum in the formation of professional ethics in Iranian medical students: A qualitative study. *Journal of education and health promotion*, 9, 180. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_172_20

Safari, Y., Khatony, A., & Tohidnia, M. R. (2020b). The Hidden Curriculum Challenges in Learning Professional Ethics Among Iranian Medical Students: A Qualitative Study. *Advances in medical education and practice*, 11, 673–681. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S258723>

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 143-148.

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana*, 19-28.

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & quantity*, 52(4), 1893–1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>

Sass H. M. (2007). Fritz Jahr's 1927 concept of bioethics. *Kennedy Institute of Ethics journal*, 17(4), 279–295. <https://doi.org/10.1353/ken.2008.0006>

Schökel, L.A. & Bravo, J.M. (1998). *A manual of hermeneutics*. Sheffield Academic Press.

Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440–452. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01826.x>

Schostak, J. (2006). *Interviewing and representation in qualitative research*. Open University Press.

Shiga, T., Nakashima, Y., Norisue, Y., Ikegami, T., Uechi, T., Otaki, Y., Nakano, H., Ryu, K., Wakai, S., Funakoshi, H., Fujitani, S., & Tokuda, Y. (2020). Comparison of professionalism between emergency medicine resident physicians and faculty physicians: A multicenter cross-sectional study. *PloS one*, 15(3), e0230186. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230186>

Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons, Inc.

Shorter, E. (2009). *Before Prozac: The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford University Press.

Singer, P. (1995). *Compendio de ética*. Alianza Editorial.

Skinner, B. (1953). *Science and human behavior*. The Free Press.

Sohrabi, C., Alsafi, Z., O'Neill, N., Khan, M., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C. & Agha, R. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *International Journal of Surgery*, 76, 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034>

Spinsanti, S. (1995). *La bioetica: biografie per una disciplina*. Franco Angeli.

Staniszewska, S., Boardman, F., Gunn, L., Roberts, J., Clay, D., Seers, K., Brett, J., Avital, L., Bullock, I., & O' Flynn, N. (2014). The Warwick Patient Experiences Framework: patient-based evidence in clinical guidelines. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(2), 151–157. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu003>

Staniszewska, S., Mockford, C., Chadburn, G., Fenton, S. J., Bhui, K., Larkin, M., Newton, E., Crepez-Keay, D., Griffiths, F., & Weich, S. (2019). Experiences of in-patient mental health

services: systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 214(6), 329–338. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.22>

Stern, D. T., & Papadakis, M. (2006). The developing physician--becoming a professional. *The New England journal of medicine*, 355(17), 1794–1799. <https://doi.org/10.1056/NEJMra054783>

Stevens, M. L. T. (2000). *Bioethics in America*. The John Hopkins University Press.

Svenaesus, F. (2000). *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health: Steps towards a philosophy of medical science*. Springer-Science + Business Media.

Svenaesus, F. (2003). Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: the issue of phronesis. *Theoretical medicine and bioethics*, 24(5), 407–431. <https://doi.org/10.1023/b:meta.0000006935.10835.b2>

Svenaesus, F. (2018). *Phenomenological bioethics: Medical technologies, human suffering, and the meaning of being alive*. Routledge.

Szmukler, G. (2010). 'Coercive' Measures. In H. Helmchen & N. Sartorius (Eds.), *Ethics in Psychiatry: European Contributions*. (pp.321-340). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-8721-8>

Tan, H., Wilson, A., & Olver, I. (2009). Ricoeur's Theory of Interpretation: An Instrument for Data Interpretation in Hermeneutic Phenomenology. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(4), 1–15. <https://doi.org/10.1177/160940690900800401>

Taylor, T. (1955). The Nuremberg Trials. *Columbia Law Review*, 55(4), 488-525. [doi:10.2307/1119814](https://doi.org/10.2307/1119814)

Thibodeau, R., & Amberger, G. L. (2019). When do psychosocial explanations of psychiatric problems increase stigma? Self-report and implicit evidence. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 64, 15–21. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.01.007>

Tolchin, B., Willey, J. Z., & Prager, K. (2015). Education research: a case-based bioethics curriculum for neurology residents. *Neurology*, 84(13), e91–e93. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000001412>

Torralba, K. D., Jose, D., & Byrne, J. (2020). Psychological safety, the hidden curriculum, and ambiguity in medicine. *Clinical rheumatology*, 39(3), 667–671. <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04889-4>

Turner L. (2009). Does bioethics exist?. *Journal of medical ethics*, 35(12), 778–780. <https://doi.org/10.1136/jme.2008.028605>

Varpio, L., Paradis, E., Uijtdehaage, S., & Young, M. (2020). The Distinctions Between Theory, Theoretical Framework, and Conceptual Framework. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(7), 989–994. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003075>

Venable, H. (2019). At the Opening of Madness: An Exploration of the Nonrational with Merleau-Ponty, Foucault, and Kierkegaard. *The Journal of Speculative Philosophy*, 33(3), 475-488. Retrieved September 20, 2020, from <https://www.jstor.org/stable/10.5325/jspecphil.33.3.0475>

Wear, D., & Skillicorn, J. (2009). Hidden in plain sight: the formal, informal, and hidden curricula of a psychiatry clerkship. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84(4), 451–458. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819a80b7>

Wernet, A. (2014). Hermeneutics and Objective Hermeneutics. In. Flick, U. (Ed.), *The SAGE handbook of qualitative data analysis*. (pp. 234-246). Sage.

Wershof Schwartz, A., Abramson, J. S., Wojnowich, I., Accordino, R., Ronan, E. J., & Rifkin, M. R. (2009). Evaluating the impact of the humanities in medical education. *The Mount Sinai journal of medicine, New York*, 76(4), 372–380. <https://doi.org/10.1002/msj.20126>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>

Yazdani, S., Andarvazh, M. R., & Afshar, L. (2020). What is hidden in hidden curriculum? a qualitative study in medicine. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 13, 4. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v13i4.2843>

Youssef, J., & Deane, F. P. (2013). Arabic-speaking religious leaders' perceptions of the causes of mental illness and the use of medication for treatment. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 47(11), 1041–1050. <https://doi.org/10.1177/0004867413499076>

13. ANEXOS

13.1 Invitación para participar en la investigación

Datos del investigador: Isaac Maldonado Castellanos, estudiante en el programa de doctorado en bioética en la UNAM.

Datos de contacto: imaldonadoc1500@comunidad.unam.mx

Objetivo del estudio: Analizar los mensajes, actitudes y valores que se les han transmitido a los residentes de psiquiatría fuera del proceso formal de enseñanza-aprendizaje formal (currículo oculto) asociados a la interpretación y toma de decisiones (*phrónesis*) de los casos particulares como parte de su formación en profesionalismo para identificar avances y pendientes en el logro de una práctica más ética en el ámbito de la salud mental.

Técnica de recolección de datos: Entrevista semiestructurada.

Fechas para la recolección de datos: noviembre, diciembre de 2022; enero, febrero de 2023.

Duración: de una hora a una hora y media.

Beneficios: Como posible beneficio directo para los participantes está la posibilidad de expresar sus opiniones, narrativas, experiencias, preocupaciones y recuerdos sobre la enseñanza que han recibido para lograr una práctica profesional hacia sus pacientes con la que pueden o no estar de acuerdo o donde no han encontrado un espacio para poder expresarlas.

13.2 Consentimiento informado

C ONSENTIMIENTO INFORMADO

Bioética hermenéutica y profesionalismo: el currículo oculto en residentes de psiquiatría.

Mi nombre es Isaac Maldonado Castellanos, soy estudiante de doctorado en la Universidad Nacional Autónoma de México en el programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud en el área de Bioética. Actualmente me encuentro realizando un proyecto de investigación sobre el profesionalismo y la bioética hermenéutica en residentes de psiquiatría.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene como objetivo analizar las experiencias que se han transmitido a los residentes de psiquiatría fuera de sus clases como en conversaciones informales con profesores pláticas entre colegas sobre la interpretación y toma de decisiones en los casos que atienden en su unidad de formación.

Como residente de psiquiatría, está siendo invitado a un estudio que consistirá en la realización de entrevistas individuales semiestructuradas. En este estudio, se explorarán principalmente las experiencias académicas no formales de los participantes en los temas de interpretación de casos particulares y toma de decisiones. En caso de que decida participar en el estudio, la entrevista se realizará en línea y tendrá una duración aproximada de 1 hora y media. Esta se llevará a cabo en un día y hora acordados con usted como posible participante, a través de la plataforma Zoom. Asimismo, en caso de recibir la autorización expresa de usted como participante, la sesión se audio-grabará. Es importante decir que usted como participante también puede declinar la posibilidad de que la entrevista sea grabada por audio.

Durante todo el proceso de la investigación, se anonimizarán los datos de identificación de los participantes, así como las unidades de procedencia de manera estricta. Los archivos de audio y video se guardarán en la computadora de escritorio del investigador principal y no serán enviados a través de tecnologías de la nube, por correo electrónico o dispositivos de almacenamiento extraíbles. Los archivos de texto generados tampoco se etiquetarán con su nombre y no serán impresos en ninguna circunstancia. Esto permitirá que usted como posible participante relate libremente sus experiencias sin temor de que la información compartida se filtre a otras personas ajenas al investigador principal. Una vez presentados los resultados generales de la investigación que contempla los productos derivados como tesis, presentaciones a congresos y artículos científicos, la información recopilada no servirá para hacer análisis secundarios en el futuro. La participación es voluntaria y en cualquier momento usted podrá abandonar el proceso de investigación sin ningún tipo de repercusión.

El investigador se compromete a salvaguardar en todo momento la información en archivos de audio y de texto bajo claves de seguridad (encriptado de información) en su computadora de escritorio. Los nombres de los archivos no tendrán sus datos de identificación.

Un riesgo que se ha contemplado es que algunas preguntas pueden evocar recuerdos que detonen emociones negativas como miedo o enojo que serán atenuadas por parte del investigador a través de la técnica de contención emocional. De igual forma, si se detectaren riesgos no identificados previamente a lo largo del proceso, el investigador evaluará si la investigación tiene que suspenderse en su totalidad o solamente se suspende la entrevista que se realice en el momento. Esta decisión dependerá del riesgo detectado y el impacto en la seguridad y dignidad del participante. Se reconoce que el interés de la investigación o el conocimiento científico que se pretende lograr jamás estará por encima del bienestar de los participantes.

Es importante comunicarle los beneficios directos, indirectos y a la sociedad identificados en esta investigación en caso de que usted decida participar. El primero es que usted tendrá la posibilidad de participar en un proyecto de investigación ya que la actividad científica debe estar disponible para cualquier persona. Un segundo beneficio directo es que usted podrá expresar libremente en un contexto de investigación, sus opiniones, recuerdos, memorias, narrativas o preocupaciones asociados al trato que brindan a los pacientes que atienden. Un beneficio indirecto es que, como resultado de la investigación, se podrán proponer marcos regulatorios y de enseñanza hacia los médicos residentes con miras a mejorar la calidad en la relación con los usuarios de servicios de salud mental. Finalmente, un beneficio para la sociedad es que a partir de los resultados de la investigación y de las propuestas para mejorar la relación médico psiquiatra-paciente, los usuarios de servicios de salud mental tendrán acceso a un trato profesional que los beneficiará directamente.

Es importante insistir que usted como participante tiene en todo momento la decisión de participar o no en el estudio de manera libre y voluntaria. Así, el hecho de participar en este estudio no implica que usted vaya a recibir alguna remuneración económica o en especie. Tampoco se le ofrecerán estímulos o incentivos académicos (por ejemplo, calificaciones o ingresos a cursos) por aceptar participar en el estudio.

Si usted decide participar y luego cambia de opinión para dejar de participar, aunque el estudio ya haya comenzado, lo puede hacer sin ningún problema.

En caso de necesitar más información sobre el estudio, el correo de contacto del investigador principal (Isaac Maldonado Castellanos) es: imaldonadoc1500@comunidad.unam.mx

Antes de la entrevista, se le pida que lea la siguiente información en voz alta, la cual se audiograbará confirmando su consentimiento de participación en la presente investigación.

“Al leer esta información en voz alta, confirmo que he leído y entendido la descripción del estudio en el que participaré.

Entiendo que la información que resulte del estudio puede ser publicada en algún medio científico siempre y cuando mi información de identificación esté estrictamente protegida.

Asimismo, las dudas que tengo sobre mi participación han quedado resueltas por el investigador, por tanto, acepto participar en el estudio anteriormente descrito.

Confirmando que no estoy siendo obligado a participar por alguna autoridad académica, administrativa, gubernamental o de otra índole. Asimismo, confirmo que no estoy recibiendo ningún tipo de remuneración económica o académica por participar en el estudio.

Autorizo que la entrevista se audiograbee / No autorizo que la entrevista se audiograbee “.

13.3 Datos Sociodemográficos de los participantes

Género:	Edad:	
Años de experiencia con pacientes psiquiátricos:		
Año de residencia:		
Universidad de Procedencia:	Unidad:	

13.4 Categorías, definiciones y entrevista semiestructurada

CATEGORÍAS		Temas	Subtemas
CATEGORÍAS	Interpretación del caso particular	Mensajes	Tema
		Actitudes	Tema
		Valores	Tema
	Interpretación y toma de decisiones (<i>Phrónesis</i>)	Mensajes	Tema
		Actitudes	Tema
		Valores	Tema

13.5 Definiciones

Para el presente trabajo, se tomarán las siguientes definiciones que orientarán las preguntas dentro de la entrevista semiestructurada.

Mensajes – Aquella información comunicada y dirigida hacia los residentes de psiquiatría por parte de profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales o por algún otro medio propio de la institución como reglamentos o códigos de conducta sobre la forma de atender profesional y éticamente a sus pacientes.

Actitudes – Expectativa que los residentes de psiquiatría perciben sobre la forma de comportarse profesional y éticamente frente a sus pacientes por parte de profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales de la institución.

Valores – Aquellas cualidades axiológicas atribuidas a la conducta de los residentes de psiquiatría que los profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales de la institución resaltan como importantes para la práctica profesional y ética dentro de la institución a la que pertenecen.

13.6 Guía de entrevista

CATEGORÍA: INTERPRETACIÓN DEL CASO PARTICULAR

Tema: Mensajes

Objetivo del tema: obtener información comunicada y dirigida a los residentes de psiquiatría por parte de profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales o por algún otro medio propio de la institución como reglamentos o códigos de conducta sobre la forma de atender profesional y éticamente a sus pacientes.

De acuerdo con su experiencia, ¿Qué mensaje ha recibido sobre el hecho de tomar el tiempo suficiente para poder conversar con su paciente?

Fuera de sus clases, ¿le han dicho que debe tomar tiempo para entrevistar a detalle a su paciente?

¿Alguien le ha pedido que tome tiempo para conocer globalmente la vida del paciente?

¿De alguna manera alguien le pide que converse con su paciente de manera suficiente?

¿Qué aspectos son los que le permiten entender los casos que atiende no solo a nivel de síntomas, sino de manera más completa?

¿Qué información considera relevante durante la entrevista que le pudiera dar una visión más completa de la vida del paciente que no solo se centre en sus síntomas?

¿Qué información le pudiera permitir entender al paciente de manera más completa, que supere la mera sintomatología?

¿De qué forma, la vida del paciente de manera global le pudiera ayudar en establecer el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de su paciente?

Sus profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales que colaboran con usted en la unidad, ¿le han llegado a pedir que pregunten y se involucren en la forma particular en la que cada paciente expresa su forma de estar enfermo o de haber recibido un diagnóstico psiquiátrico?

Los pacientes, incluso los familiares, tienen una forma particular de vivir su enfermedad o un diagnóstico. En ese sentido, ¿alguien le ha pedido que se acerque más a esta información por su valor que pueda tener en la elaboración de un diagnóstico, tratamiento o seguimiento?

¿Para quién (miembros de su institución) y por qué es importante que se escuche con atención la forma en la que su paciente expresa sus propios síntomas?

Los pacientes tienen formas muy particulares de expresar sus propios síntomas, quejas, en fin, su propia experiencia, ¿Se les pide o se les enseña a dar un espacio para que esta expresión muy personal ocurra?

Si un paciente quiere comentar más sobre algún aspecto importante de su vida que no tiene que ver estrictamente con su trastorno o con el tratamiento, ¿Cuál es la recomendación de sus profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales que colaboran con usted respecto a esto?

Hay ocasiones en que los pacientes quieren relatar más información que quizás no tiene que ver con su problema o malestar, quizás es algo más personal, ¿Cómo les enseñan a responder ante estas situaciones?

Tema: Actitudes

Objetivo del tema: obtener información comunicada y dirigida a los residentes de psiquiatría sobre las expectativas que tienen profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales sobre las actitudes que deben mostrar ante los pacientes que atienden.

¿Qué actitudes identifica por parte de profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales que colaboran con usted sobre la importancia de conocer a profundidad la vida de sus pacientes para entender de mejor manera el caso?

¿Qué ha aprendido usted de sus profesores o compañeros de cómo indagar a profundidad más sobre la vida de sus pacientes?

¿Usted ha aprendido de alguien de su institución a darle importancia y el tiempo suficiente para que sus pacientes relaten aspectos de su vida?

Por ejemplo, ¿se les proporciona suficiente tiempo para preguntar más sobre el paciente o para que el paciente pueda expresarse libremente?

Aun cuando el paciente muestre mejoría de acuerdo con sus valores e información estrictamente biomédica, ¿qué actitudes tienen profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales que colaboran con usted sobre el hecho de tener un acercamiento y un seguimiento más profundo en la vida de los pacientes?

¿Quiénes y cómo le han enseñado a acercarse a la vida de sus pacientes?

¿Quién llega a fomentar que tengan un acercamiento más cercano a la vida de los pacientes?

Por ejemplo, ¿Qué tanto involucramiento en la vida de los pacientes considera que tienen los profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales que colaboran con usted?

¿Qué tanta importancia le da a tener un acercamiento y a indagar más sobre la vida de sus pacientes?

Tema: Valores

Objetivo del tema: obtener información comunicada y dirigida a los residentes de psiquiatría sobre las expectativas que tienen profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales sobre las cualidades axiológicas que deben tener las conductas de los residentes frente a los pacientes que atienden.

Para lograr una práctica profesional y tener una mejor comprensión del caso, ¿qué valores deben tener los residentes según los profesores, compañeros o personal administrativo en la unidad en la que labora?

Muchas veces nos insisten a tener valores como profesionales. Para sus profesores u otro personal importante dentro de su institución, ¿qué valores son los que resaltan más para usted como residente?

CATEGORÍA: La interpretación y toma de decisiones (*phrónesis*)

Tema: Mensajes

Objetivo del tema: obtener información comunicada y dirigida a los residentes de psiquiatría sobre las expectativas que tienen profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales sobre la forma de tomar decisiones profesionales frente a los pacientes que atienden.

¿Qué mensajes por parte de profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales con los que colabora, le han transmitido sobre la forma de tomar las mejores decisiones asociadas al diagnóstico, tratamiento, seguimiento, recomendaciones, internamiento, medicación, etc.?

Usted como residente se enfrenta a tener que elaborar diagnósticos, prescribir tratamientos, hacer seguimiento de sus pacientes, brindar recomendaciones información, etc. Esto llega a tener un margen de error en una dosis, en un plan de tratamiento en un diagnóstico, etc. ¿cómo le enseñan a tomar la mejor decisión?

Vamos a suponer que un paciente expresa que no quiere seguir tomando un medicamento. Algún familiar está en desacuerdo y le pide su consejo. ¿Qué mensajes les transmiten sobre la forma de tomar “la mejor decisión” en escenarios como estos donde la autonomía del paciente puede estar en conflicto con los deseos de la familia?

¿Para tomar la mejor decisión dentro de su práctica le han expresado la importancia de tomar en cuenta las decisiones u opiniones del propio paciente o de sus familiares?

¿Se les pide que se centren en la experiencia del paciente más allá de la atención estrictamente biomédica? Es decir, que exploren su vida, sus preocupaciones, su forma de interpretar el hecho de haber sido diagnosticados.

¿El personal de su institución privilegia la experiencia del paciente como un elemento importante dentro de la toma de decisiones?

Tema: Actitudes

Objetivo del tema: obtener información comunicada y dirigida a los residentes de psiquiatría sobre las expectativas que tienen profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales sobre la forma de tomar la mejor decisión para el paciente.

¿Cómo esperan sus profesores, compañeros o personal administrativo que usted resuelva situaciones que le exigen tomar la mejor decisión, a nivel ético, dentro de la relación con el paciente que atiende?

¿Qué hacen sus profesores, compañeros u otros profesionales dentro de su institución que le indican a usted la forma de tomar las mejores decisiones a nivel ético con sus pacientes?

Le pido que recuerde alguna situación donde considere que pudo haber surgido un conflicto de valores. Con ello en mente, ¿qué actitudes muestran sus profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales con los que colabora sobre la forma de resolver de mejor manera esa situación?

Sus profesores llegan a resolver dilemas o problemas éticos. ¿Cómo los resuelven?

Como residente, ¿qué actitudes identifica en sus profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales con los que colabora que le ayuden a tomar las mejores decisiones referentes al diagnóstico, tratamiento, seguimiento, recomendaciones, internamiento, medicación, etc. con sus pacientes?

¿Qué hacen sus profesores u otros profesionales que le ayudan a usted a tomar las mejores decisiones con sus pacientes?

Para fomentar su conducta profesional y ética, ¿administrativamente se evalúa la práctica ética de los residentes?

¿Hay formatos de evaluación para ello?

¿Los pacientes califican a sus médicos?

¿Hay evaluaciones formales por parte de profesores?

Tema: Valores

Objetivo del tema: obtener información comunicada y dirigida a los residentes de psiquiatría sobre las expectativas que tienen profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales sobre las cualidades axiológicas que deben tener las conductas de los residentes frente a la constante toma de decisiones durante el proceso de atención con los pacientes.

¿Qué valores consideran sus profesores, compañeros, personal administrativo u otros profesionales con los que colabora para determinar que una decisión que usted llegó a tomar fue profesional/ética o la “mejor decisión” referente al diagnóstico, tratamiento, seguimiento, recomendaciones, internamiento, medicación, etc.?

¿cuáles son los valores que le han enseñado que deben regir las decisiones dentro de su práctica como residente?