

Erick López León

**Normalización vs. reconocimiento: percepción de violencia de género en
estudiantes de medicina**

Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria
Año 12, No. 22. Enero-Junio 2026, pp. 21 - 38
<https://www.doi.org/10.64040/f2xqax49>

Cómo citar este artículo: López , E. (2026). Normalización vs. reconocimiento: percepción de violencia de género en estudiantes de medicina. *Pensamiento Crítico. Revista de Investigación Multidisciplinaria*, 12(22). 21 - 38. <https://www.doi.org/10.64040/f2xqax49>

Publicación editada por la Universidad UDF Santa María. Cedro No. 16, Santa María la Ribera, C.P. 06400, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.

Normalización vs. reconocimiento: percepción de violencia de género en estudiantes de medicina

Normalization vs. Recognition: Perception of gender-based violence among medical students

Erick López León¹

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina

Resumen

La violencia por razones de género en la relación profesional de la salud-paciente es un fenómeno poco explorado. El objetivo fue diagnosticar el nivel de percepción de esta violencia en el estudiantado de medicina de primer año en una universidad. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo con 1,214 personas estudiantes, usando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario *ad hoc* con escenarios evaluados en una escala Likert. El hallazgo principal no fue una percepción uniformemente baja, sino una polarización: un grupo significativo (24%) no percibió la violencia ("0"), mientras una mayoría la identificó con lo máximo ("10"). Esta bimodalidad sugiere la coexistencia de visiones opuestas, moldeadas por la socialización. La existencia de un subgrupo con "puntos ciegos" confirma parcialmente la hipótesis y evidencia una falla en el currículo. Es necesario implementar intervenciones educativas para garantizar una atención libre de violencia por parte de los futuros profesionales de la salud en medicina.

Palabras clave: *Violencia por razones de género, percepciones de los estudiantes de medicina, enseñanza y formación de estudiantes de pregrado y estereotipos de género.*

Abstract

Gender-based violence in health professional-patient relationship is an under-explored phenomenon. This study aimed to diagnose the perception level of this violence among first-year medical students at a university. A quantitative, cross-sectional, descriptive study was conducted with 1,214 students, using a non-probabilistic convenience sampling method. An ad hoc questionnaire was applied with clinical scenarios evaluated on a Likert scale. The main finding was not a uniformly low perception, but a marked polarization: a significant group (24%) perceived no violence ("0"), while a majority identified it at the highest level ("10"). This bimodality suggests the coexistence of opposing views shaped by socialization. The existence of a subgroup with "blind spots" partially confirms the hypothesis and highlights a curricular failure. Educational interventions must be implemented to ensure that future medical professionals can provide care that is free from violence.

Key words: *Gender based violence, medical student perceptions, teaching and training undergraduate and gender stereotypes.*

Erick López León  https://orcid.org/0000_0002_3074_6394

¹Doctorante egresado de la Universidad UDF, Santa María.

La correspondencia referente a este artículo debe dirigirse a Erick López León, correo electrónico: ericklole@facmed.unam.mx

La presente investigación fue realizada en el Seminario de Investigación para obtener el grado de Doctor.

INTRODUCCIÓN

La violencia por razones de género comprende cualquier acción u omisión contra una persona o grupo, basada en el sexo, identidad o expresión de género, u orientación romántica o sexual, generando desde un trato denigrante hasta daño, sufrimiento o incluso la muerte en un espacio público o privado (OEA, 1994; Dirección de Género, Diversidad y Equidad, 2021; OMS, 2021). Por lo tanto, abarca un sinnúmero de prácticas, como comentarios, insultos, humillaciones, amenazas, acoso, hostigamiento, discriminación, abuso, violación, femicidio, y la coacción o privación arbitraria de la libertad (SERNAMEG, 2017; OMS, 2021). Estas expresiones pueden ser más o menos explícitas según el nivel de normalización cultural y legal, llevando al reconocimiento de algunas acciones como violentas mientras otras permanecen desconocidas (Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez, 2012; Dirección de Género, Diversidad y Equidad, 2021).

Aunque el concepto "violencia por razones de género", tal como se conoce hoy, es relativamente nuevo, este fenómeno tiene sus raíces en la historia humana, desde los inicios de la organización social (Chapa et al., 2022). Durante siglos, el abuso hacia las mujeres -y posteriormente hacia otras identidades de género no tradicionales- fue invisibilizado, normalizado o reducido a un problema privado. Desde el siglo XIX, y con mayor intensidad en el XX, la lucha feminista desempeñó un papel fundamental para visibilizar estas prácticas y conceptualizarlas como un asunto político y social (Alcívar et al., 2021).

La violencia sexual y doméstica empezaron a ser nombradas y teorizadas en los años setenta, con la segunda ola del feminismo; no obstante, el término "violencia por razones de género" ganó popularidad hacia finales del siglo XX (Maier-Hirsch, 2020). El reconocimiento como una violación a los derechos humanos se dio en momentos cruciales como fue la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, y la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena en 1993. Específicamente, la Declaración de Beijing trató sobre la violencia contra las mujeres y sus diferentes formas de manifestarse (CNDH, 2021).

La violencia por razones de género y su invisibilidad son alimentadas por concepciones históricas y sociales, las cuales están profundamente arraigadas, sobre cómo las personas deben actuar de acuerdo con su género, generando expectativas estrictas acerca de lo "apropiado" para hombres y mujeres. A estos constructos, se les denomina roles, mandatos y estereotipos de género (Chapa et al., 2022), los cuales son transmitidos de manera inconsciente. Su incumplimiento es motivo de violencia, la cual puede ocurrir en cualquier ámbito, como el familiar, laboral, académico, médico o social.

Los estereotipos de género son ideas generalizadas preconcebidas sobre cualidades, atributos, características o expectativas a poseer mujeres y hombres, o sobre los roles a desempeñar. Aunque pueden ser positivos o negativos, a menudo son simplistas o inexactos

(González-Gijón et al., 2024). Por ejemplo, las mujeres deben ser compasivas, simpáticas y amables; mientras los hombres, fuertes, agresivos y competitivos (García, 2021).

Los roles de género son las normas, tareas y responsabilidades asignadas a cada género, las cuales pueden variar según la cultura, la edad, el estrato social y otros factores. Por ejemplo, la creencia de la conformación del cuerpo militar solo por hombres, y de la cocina, solo por mujeres.

Por otro lado, los mandatos de género son modelos normativos o expectativas más rígidas sobre cómo deben comportarse mujeres y hombres, basados en estereotipos y roles tradicionales, principalmente en torno a la sexualidad y las relaciones de pareja (Macías-Valadez-Márquez y Luna-Lara, 2018; Penagos et al., 2021). Un ejemplo es la expectativa sobre los hombres como el principal proveedor económico de la familia, mientras las mujeres, del cuidado de los hijos y del hogar.

La violencia por razones de género no se limita a la agresión física o sexual; también incluye la psicológica, económica e institucional, y se deriva de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres (CIDH, s.f.). Esta evolución conceptual es vital para comprender cómo las instituciones, incluida la médica, pueden perpetuarla, al estar profundamente arraigados en la sociedad estos aspectos y al encontrarse el personal médico inmerso en el mismo proceso de socialización (Chapa et al., 2022). En consecuencia, la relación profesional de la salud-paciente no está libre de reproducirla.

La ética médica ha experimentado una evolución significativa, al pasar de un enfoque centrado en el paternalismo a uno orientado a la autonomía del paciente. Tradicionalmente, la práctica médica estuvo dominada por la ética hipocrática y su principio *primum non nocere* (no hacer daño primero) (Freitas et al., 2021). No obstante, este modelo era intrínsecamente paternalista: el médico tomaba las decisiones con la suposición de saber qué acciones son mejores para el paciente. En esta época, el género del paciente rara vez se consideraba desde una perspectiva ética; en particular, las mujeres eran tratadas con base en estereotipos de debilidad o simplemente como reproductoras, dando como resultados diagnósticos y terapias diferentes y frecuentemente perjudiciales.

En los años setenta, la ética comenzó a desarrollarse como un área de múltiples disciplinas de las ciencias de la salud como la medicina. En 1979, el Informe Belmont estableció formalmente tres principios éticos esenciales: justicia, beneficencia y no maleficencia. La autonomía del paciente empezó a cobrar importancia poco a poco, generando un desafío para el paternalismo médico. Aunque la perspectiva de género aún no era central en estos debates, este cambio fue fundamental para establecer los cimientos de una relación profesional de la salud-paciente más equitativa (Cassinelli, 2017; Tragapa, 2018).

La promulgación de los "derechos de los pacientes" y su consolidación, impulsada por los movimientos sociales en la segunda mitad del siglo XX, fue significativa para la transición de una perspectiva de "caridad" a una de "derechos"

como parte inherente a toda persona que requiere atención médica (CNDH, 2003; Momblac, 2020).

La violencia por razones de género es una problemática global, la cual trasciende fronteras y afecta a personas de todas las edades, culturas y estratos sociales. A nivel mundial, las cifras son alarmantes, pues se estima que 736 millones de mujeres —una de cada tres— han sufrido violencia física o sexual. Generalmente, esta violencia comienza a edades tempranas, donde una de cada cuatro mujeres de entre 15 y 24 años con vida sexual activa habrá sido objeto de conductas violentas cuando cumple 25 años. Lo más preocupante de estos datos, es su estabilidad durante la última década (OMS, 2021).

En México, el 70.1 % de las mujeres de 15 años y más, ha experimentado al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida. Los estados con mayores índices son el Estado de México (78.7 %), la Ciudad de México (76.2 %) y Querétaro (75.2 %). La prevalencia es mayor en mujeres de áreas urbanas (73.0 %), de entre 25 y 34 años (75.0 %), con un nivel de escolaridad superior (77.9 %) y con estado civil de separada, divorciada o viuda (74.0 %). La violencia más frecuente es la psicológica (51.6 %), seguida de la sexual (49.7 %), la física (34.7 %) y la económica o patrimonial (27.4 %) (INEGI, 2021).

Si bien se desconocen las estadísticas específicas en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en los últimos treinta años han surgido organizaciones integradas principalmente por mujeres académicas, alumnas y administrativas para

denunciar la violencia existente, dando origen a acciones para prevenirla, sancionarla y erradicarla (Chapa et al., 2022).

En la relación profesional de la salud-paciente, se ha estudiado con mayor profundidad la violencia obstétrica, una manifestación de violencia de género e institucional. Esta se sustenta en la deshumanización del trato y en la medicalización excesiva del embarazo, el parto y el puerperio (Laínez et al., 2023). Este tipo de violencia incluye comentarios como: “¿Así gritaba cuando se lo hicieron?”, o “Cuando se lo hicieron, ahí sí abrió las piernas, ¿no?”. Entre el 18% y el 75% de las mujeres embarazadas refieren haberla sufrido (Ramallo-Castillo et al., 2024).

Las estadísticas, aunque son preocupantes, sólo representan una parte del problema, al basarse en denuncias y en el autorreconocimiento de las víctimas. Numerosos casos de violencia, sobre todo las más sutiles y cotidianas, se mantienen encubiertos a causa de la normalización social de comportamientos como comentarios machistas, el control disfrazado de afecto o las restricciones a la libertad individual al ser frecuentemente minimizados o justificados.

La violencia de género es un fenómeno mundial con un impacto significativo en la salud. Frecuentemente, se vincula con el entorno doméstico; sin embargo, sus expresiones también atraviesan áreas como la relación profesional de la salud-paciente. En este ámbito, tiene el potencial de ser sutil y resultar en prácticas discriminatorias, microviolencias o una atención de calidad inferior basada en el género de la persona.

Simbólicamente, la relación profesional de la salud-paciente es una dinámica inherente de poder donde el primero tiene autoridad y conocimiento. Cuando esta dinámica se combina con sesgos de género, pueden generarse microagresiones o comportamientos afectando la dignidad, autonomía e integridad del paciente, aunque no siempre estos sean intencionales. Los mandatos, roles y estereotipos de género funcionan como estructuras interpretativas con el potencial de afectar la atención médica (Figura 1).

La ética médica de hoy requiere una atención que esté libre de prejuicios y reconozca la diversidad de las experiencias individuales. Esto implica no solo evitar la discriminación explícita, sino también ser consciente de cómo los estereotipos pueden influir en el diagnóstico, el tratamiento y la comunicación con el paciente, generando formas de violencia simbólica, psicológica o incluso física.

Por todo lo anterior, comprender la magnitud de la violencia por razones de género

Figura 1.

Influencia de los estereotipos, roles y mandatos de género en la consulta médica.



en medicina es fundamental para crear espacios de salud seguros y libres de discriminación. Es indispensable visibilizar todas sus formas, desafiar las normas sociales perpetuadoras y motivar a las víctimas a romper el silencio para construir una sociedad más justa desde el ámbito de la salud.

El objetivo de esta investigación es diagnosticar la percepción de la violencia por razones de género en la interacción profesional de la salud-paciente en el contexto de los futuros médicos, quienes están construyendo su marco de referencia profesional en sus etapas iniciales de formación.

La investigación se delimita a la Facultad de Medicina de la UNAM, una de las instituciones de formación médica más influyentes en México. Este ámbito es crucial porque las actitudes desarrolladas aquí pueden replicarse en la práctica clínica futura a nivel nacional.

La investigación se centra en el estudiantado de primer año inscrito en la licenciatura Médico Cirujano durante el ciclo escolar 2025. Este es un momento relevante, al encontrarse en las etapas iniciales de su formación, antes de una exposición prolongada a la práctica clínica. Por lo tanto, sus ideas sobre el papel de los profesionales médicos y su relación con los pacientes están en proceso de fortalecimiento.

Existe un vacío de conocimiento sobre el nivel de percepción de la violencia por razones de género del estudiantado en los primeros años de medicina en México. Aunque el asunto es conocido en otras áreas, su expresión en la relación profesional de la salud-paciente por estereotipos, roles y mandatos de género sigue siendo un campo poco investigado.

Este escenario da lugar a una contradicción esencial: por un lado, la medicina se basa en los principios de equidad y no maleficencia; por otro lado, la socialización cultural del estudiantado, cargada de estereotipos, puede llevar a la invisibilidad o normalización de estas formas de violencia. En otras palabras, se requiere una práctica profesional sin sesgos donde el estudiantado llegue sin prejuicios y logre reconocer estas circunstancias.

La falta de un análisis crítico sobre la violencia por razones de género en la educación médica puede tener consecuencias serias, como es el fortalecimiento de su invisibilidad. Si la violencia no se menciona ni se investiga, se consolida el concepto de inexistencia o poca relevancia clínica. Esto puede generar un ciclo de silencio donde las microagresiones se vuelven normales, y si la falta de datos persiste, las víctimas no se identifican como tales, responsabilizando su malestar a una sensibilidad personal y no a una dinámica abusiva de poder.

Asimismo, un profesional no sensibilizado tiene la tendencia a replicar prejuicios de género, lo cual se evidencia en la subestimación del testimonio del paciente o en la normalización de la violencia simbólica. Esta última puede ser la antesala de formas más evidentes de violencia, como la negligencia o coacción en las decisiones reproductivas.

La confianza es la base de la práctica médica y la violencia por razones de género la afecta directamente, ocasionando una falta de apego al tratamiento o un retraso en la búsqueda de atención médica por parte del paciente, mientras su salud corre el riesgo de deteriorarse.

La hipótesis de la presente investigación es: "El estudiantado de medicina de primer año (ciclo escolar 2025) de la Facultad de Medicina de la UNAM presenta un nivel disminuido en la identificación de violencia por razones de género en situaciones comunes de la relación profesional de la salud-paciente".

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, no

experimental, con un diseño transversal y de alcance descriptivo.

Las personas participantes se determinaron a partir de:

- Universo: Personas estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNAM inscritas en la licenciatura de Médico Cirujano (N=9,505).
- Población: Persona estudiante inscrita en el primer año de la licenciatura de Médico Cirujano durante el ciclo escolar 2025. (N=1,930)
- Muestra y muestreo: Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra estuvo conformada por el estudiantado de la población quienes cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio.
- Unidad de análisis: Cada persona estudiante inscrita en el primer año de la licenciatura.
- Criterios de inclusión: 1. Ser persona estudiante inscrita en el primer año de la licenciatura de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina; 2. Aceptar a participar voluntariamente; y 3. Completar el cuestionario en su totalidad.
- Criterios de exclusión: 1. Cuestionarios incompletos; y 2. Retirar el consentimiento para participar en el estudio.

El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario ad hoc, diseñado a partir de la representación de situaciones de la relación profesional de salud-paciente donde estuviera involucrado un estereotipo, rol o mandato de

género. La unidad de significado principal fue el "nivel de percepción de la violencia por razones de género".

El cuestionario se compuso con un total de ocho escenarios hipotéticos del ámbito médico, los cuales debían ser evaluados por las personas participantes mediante una escala tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10), donde 0 representa "Ninguna violencia" y 10 "Máxima violencia". Los escenarios fueron:

- E1. Hombre de 35 años acude a consulta acompañado de su esposa, quien se refiere al paciente como "débil" por quejarse de un dolor que ella considera mínimo.
- E2. Niña de tres meses es llevada a consulta por tener fiebre. En la toma de los signos vitales, el familiar decide pasar con una mujer enfermera, porque considera que las mujeres tienen mayor cuidado con los niños.
- E3. Al atender a un niño de dos años acompañado por ambos padres, usted decide dirigir las preguntas a la madre por considerar que el padre está poco involucrado en el cuidado del paciente.
- E4. Al comentarte un paciente sobre la sorpresa de identificar a varios hombres como parte del personal de enfermería, ya que, esta actividad siempre la habían llevado mujeres porque son más empáticas en el cuidado de los niños.
- E5. Al comentarte un paciente sobre la sorpresa de ver a mujeres como parte del personal de vigilancia del hospital, puesto que, anteriormente han sido por hombres al ser más fuertes.
- E6. Al encontrarse en una cirugía, se decide elegir a una mujer enfermera como

instrumentista, pues tradicionalmente, siempre lo han realizado.

- E7. Mujer de 24 años acude a consulta por presentar una infección vaginal. Al explicarle el tratamiento, la paciente le comenta que no es necesario la expedición de una receta para la pareja, pues es una responsabilidad sólo de las mujeres.
- E8. Hombre de 19 años acude a consulta para aplicarse la vacuna contra el tétanos y difteria; al término de la aplicación decide entregarle un par de preservativos; pero el paciente decide regresarlos al indicarle que esa es una responsabilidad de las mujeres.

La validez de contenido del instrumento se aseguró mediante juicio de expertos empleando una metodología Delphi modificada y se realizó una prueba piloto para evaluar la claridad y comprensión.

La investigación se desarrolló en las siguientes fases:

- Preparatoria: Se definieron los fundamentos teóricos y metodológicos, y se realizó una búsqueda de literatura para el diseño del instrumento.
- Validación: Se elaboró el cuestionario y se sometió a validación por juicio de expertos y a una prueba piloto.
- Recolección de datos: El cuestionario se implementó digitalmente en la plataforma Moodle, la cual, se emplea para las actividades académicas del estudiantado.
- Análisis: Se empleó la estadística descriptiva para analizar los datos. Para cada uno de los escenarios del cuestionario se calcularon las frecuencias, los porcentajes y las medidas de tendencia

central y de dispersión. El propósito del análisis fue el de caracterizar el nivel de percepción de la violencia por razones de género en la muestra. El procesamiento se realizó con el software estadístico JASP (versión 0.19).

La investigación se adhirió a los principios éticos para la investigación con seres humanos. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas participantes antes de responder el cuestionario. En dicho consentimiento se explicó el objetivo del estudio, el carácter voluntario y anónimo de su participación, y su derecho a retirarse en cualquier momento sin alguna afectación en su situación académica. Se garantizó en todo momento la confidencialidad de la información recolectada.

RESULTADOS

Participaron en el estudio un total de 1,214 personas estudiantes de primer año de la licenciatura de Médico Cirujano. La caracterización demográfica reveló una mayoría de las personas participantes con el sexo asignado al nacer mujer (70.6%, n=857), en comparación con un 29.0% de hombres (n=352) y un 0.4% de intersexuales (n=5). En cuanto al género, el 89.37% (n=1085) se identificó como cisgénero, mientras el 10.6% restante con una diversidad de género: agénero (3.78%, n=46), sexo no ajustado (2.47%, n=30), no binario (1.31%, n=16), género fluido (1.23%, n=15), bigénero (1.07%, n=13), pangénero (0.32%, n=4), transgénero (0.24%, n=3), e intergénero (0.16%, n=2).

En una escala de 0 a 10, el promedio del puntaje global de los escenarios mostrados fue de

Tabla 1.

Estadística descriptiva de cada escenario

Escenario	Promedio	Mediana	Moda	Desviación	Mínimo	Máximo
E1	6.762	9	10	3.923	0	10
E2	6.345	7	10	3.64	0	10
E3	6.693	8	10	3.729	0	10
E4	6.493	8	10	3.683	0	10
E5	6.703	8	10	3.765	0	10
E6	6.624	8	10	3.811	0	10
E7	7.158	10	10	3.88	0	10
E8	7.384	10	10	4.006	0	10

6.77 (DE=3.5). No obstante, este promedio no representa del todo la distribución de las respuestas. La mediana fue de 8.12, y la moda fue 10 en siete de los ocho escenarios examinados. Esta diferencia entre la media y los demás indicadores de tendencia central sugiere una polarización significativa en las percepciones del estudiantado. En la Tabla 1, se muestra la estadística descriptiva de cada uno de los escenarios integrantes del instrumento usado.

El análisis de frecuencias reveló una concentración de las respuestas en los extremos de la escala en lugar de una distribución normal, evidenciando dos grupos distintos dentro de la muestra. Como se detalla en la Tabla 2, para la mayoría de los escenarios, un grupo de estudiantes (entre un 15% y un 20%) calificó la situación con "0" (ninguna violencia), mientras otro (entre un 30% y un 60%) la calificó con "10" (máxima violencia). Por ejemplo, en el Escenario 8 (responsabilidad de la anticoncepción), el 20.0% de las personas participantes no percibió ninguna violencia, mientras el 60.2% la identificó con la máxima

intensidad. Esta distribución bimodal fue una constante en todos los casos, indicando que el estudiantado tiende a no presentar percepciones intermedias, sino a identificar la violencia de manera contundente o a no reconocerla en absoluto.

Si bien la polarización fue el patrón dominante, existieron diferencias en el nivel de percepción promedio entre los distintos escenarios (ver Tabla 1). Las situaciones con mayor reconocimiento de violencia fueron aquellas relacionadas con mandatos de género sobre la salud sexual y la anticoncepción:

- Escenario 8 (responsabilidad de los preservativos): Promedio = 7.38.
- Escenario 7 (responsabilidad del tratamiento de una ITS): Promedio = 7.15.

En contraste, el escenario con el promedio de percepción más baja, aunque aún por encima del punto medio de la escala, fue el Escenario 2 (M=6.34), relacionado con el rol de cuidado al preferir a una enfermera para atender a un infante.

Tabla 2.
Estadística de frecuencia de cada caso

Respuesta	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
0	19.8% (241)	15.8% (193)	16.3% (199)	16.9% (206)	17.9% (218)	18.2% (221)	18.2% (221)	20.0% (243)
1	1.6% (20)	2.5% (31)	2.3% (28)	1.6% (20)	1.4% (18)	1.5% (19)	1.3% (16)	0.8% (10)
2	0.9% (12)	2.4% (30)	1.5% (19)	1.7% (21)	1.0% (13)	1.8% (22)	1.0% (13)	0.4% (6)
3	1.5% (19)	2.5% (31)	2.3% (29)	2.1% (26)	1.8% (23)	1.6% (20)	0.8% (10)	0.3% (4)
4	1.9% (24)	3.2% (40)	2.9% (36)	3.7% (46)	2.3% (28)	2.2% (27)	1.4% (17)	0.7% (9)
5	3.8% (47)	9.7% (118)	5.9% (72)	7.8% (95)	6.0% (74)	7.7% (94)	4.1% (50)	2.8% (34)
6	4.0% (49)	5.7% (70)	4.6% (57)	5.6% (68)	4.9% (60)	4.2% (52)	2.7% (33)	2.0% (25)
7	4.9% (60)	8.1% (99)	6.0% (73)	7.2% (88)	6.7% (82)	6.5% (80)	4.6% (56)	1.8% (22)
8	10.6% (129)	11.2% (136)	11.6% (142)	10.5% (128)	10.1% (123)	9.3% (114)	7.5% (92)	5.0% (61)
9	8.1% (99)	7.5% (92)	9.1% (111)	10.2% (125)	10.3% (126)	7.6% (93)	7.0% (86)	5.6% (68)
10	42.3% (514)	30.8% (374)	36.9% (448)	32.2% (391)	36.9% (449)	38.8% (472)	51.0% (620)	60.2% (732)

Al término de una intervención educativa sobre los conceptos de género, se les preguntó a los estudiantes sobre la probabilidad de presentarse la violencia por razones de género en la relación profesionalista de la salud-paciente sin ser percibida en una escala del 0 al 10, donde 0 representa “nada probable” y 10 “muy probable”. En este caso, la respuesta fue abrumadoramente alta, con un promedio de 8.54 (DE=2.19) y una mediana de 10. Como se muestra en la Tabla 3, más de 54% de las personas participantes respondieron con "10" (Muy probable). Este resultado evidencia una alta conciencia teórica sobre la sutileza y prevalencia del fenómeno, contrastando con la incapacidad de un segmento de la muestra para identificarlo en situaciones concretas.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa (Tabla 4) entre la percepción de violencia de género del estudiantado cisgénero (n=1085) en el promedio de los ocho escenarios (M=6.85), en comparación con el de personas con identidades de género diversas (M=6.06).

Al comparar estadísticamente el promedio de los ocho escenarios de las personas participantes cisgénero (Tabla 5), es significativamente mayor la identificación de la violencia por las mujeres (M= 6.93) en comparación con sus pares hombres (M=6.70).

Para validar estadísticamente la polarización observada en las respuestas, se realizó un análisis de clústeres K-Medias con el

Tabla 3.
Distribución de las respuestas post explicación

Respuesta	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	1.07% (13)	1.07%
1	0.82% (10)	1.89%
2	0.74% (9)	2.63%
3	2.05% (25)	4.69%
4	1.56% (19)	6.26%
5	5.43% (66)	11.69%
6	4.11% (50)	15.81%
7	5.43% (66)	21.25%
8	13.50% (164)	34.76%
9	11.12% (135)	45.88%
10	54.11% (657)	100%

objetivo de agrupar a las personas participantes en perfiles de percepción distintos (Tabla 6). El análisis confirmó la existencia de dos grupos claramente diferenciados:

Tabla 4.
Diferencia del promedio de los ocho escenarios

Prueba	Estadístico	gl	p
T de Student para muestras independientes	2.427	1212	0.015
Welch	2.474	161.664	0.014

Tabla 5.
Diferencia del promedio de los ocho escenarios en participantes cisgénero

Prueba	Estadístico	gl	p
T de Student para muestras independientes	-0.964	1081	0.335
Welch	-0.99	622.42 3	0.323

Grupo 1 - "Alta percepción" (n=922):
Representa al 75.9% de la muestra, caracterizado por una alta y consistente sensibilidad ante la violencia de género al identificarla con la

Tabla 6.
Información de los grupos

Característica	G1	G2
Tamaño	922	292
Proporción explicada de Heterogeneidad dentro del conglomerado	0.744	0.256
Suma de cuadrados Dentro	2103	724.9
Puntuación de siluetas	0.657	0.663
Centro del Escenario 1	0.477	-1.505
Centro del Escenario 2	0.43	-1.358
Centro del Escenario 3	0.46	-1.453
Centro del Escenario 4	0.459	-1.451
Centro del Escenario 5	0.483	-1.524
Centro del Escenario 6	0.47	-1.484
Centro del Escenario 7	0.493	-1.556
Centro del Escenario 8	0.512	-1.616

Tabla 7.
Distribución de los grupos

Identidad de género	Grupo 1	Grupo 2
Agénero	3.03% (n=28)	6.16% (n=18)
Bigénero	1.19% (n=11)	0.68% (n=2)
Cisgénero	90.23% (n=832)	86.64% (n=253)
Género fluido	1.19% (n=11)	1.36% (n=4)
Intergénero	0% (n=0)	0.68% (n=2)
No binario	1.40% (n=13)	1.02% (n=3)
Pangénero	0.32% (n=3)	0.34% (n=1)
Persona de sexo no ajustado (<i>non-conforming</i>)	2.38% (n=22)	2.73% (n=8)
Transgénero	0.21% (n=2)	0.34% (n=1)
Total	922	292

máxima severidad. Los centros de este grupo fueron positivos para todos los escenarios evaluados (ej., $E8 = 0.512$), por lo tanto, sus puntuaciones se sitúan sistemáticamente por encima del promedio general.

Grupo 2 - "Baja percepción" (n=292): Este grupo representa al segmento del estudiantado con "puntos ciegos" críticos (24.1% de la muestra). Sus centros fueron fuertemente negativos en todos los escenarios (ej., $E8 = -1.616$), concentrándose sus respuestas en el extremo inferior de la escala.

El análisis de la composición de los grupos por identidad de género (Tabla 7) muestra una distribución del estudiantado cisgénero del 76.7% en el grupo 1 de "Alta percepción" y el 23.3% en el 2 de "Baja percepción". De manera similar, la mayoría de las personas estudiantes con identidades de género diversas (69.8%) mostró una alta sensibilidad, y un 30.2% de este grupo se clasificó en el grupo de "Baja percepción". Estos

resultados cuantifican la existencia de una minoría significativa con baja percepción de la violencia de forma transversal en las distintas identidades de género.

Al realizar la comparación de la probabilidad de presentarse la violencia por razones de género de forma desapercibida, el grupo de "Alta percepción" obtuvo un promedio de 8.755 ($DE=2.05$) mientras el grupo de "Baja percepción" de 7.863 ($DE=2.46$), sin embargo, en ambos grupos la puntuación mínima fue de "0" (Nada probable) y como máxima "10" (Muy probable) tal como se muestra en la Tabla 8.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue diagnosticar el nivel de percepción de la violencia por razones de género en el ámbito médico entre el estudiantado de primer año de la carrera de Médico Cirujano. Aunque la hipótesis inicial planteaba un nivel de identificación disminuido, los resultados revelan un panorama

Tabla 8.
*Comparación de la probabilidad de la violencia por razones de género de forma des-
percibida*

Respuesta	Grupo 1			Grupo 2		
	Total	%	% Acumulado	Total	%	% Acumulado
0	12	1.3	1.3	1	0.3	0.3
1	5	0.5	1.8	5	1.7	2.1
2	5	0.5	2.4	4	1.4	3.4
3	14	1.5	3.9	11	3.8	7.2
4	9	1	4.9	10	3.4	10.6
5	36	3.9	8.8	30	10.3	20.9
6	29	3.1	11.9	21	7.2	28.1
7	49	5.3	17.2	17	5.8	33.9
8	119	12.9	30.2	45	15.4	49.3
9	110	11.9	42.1	25	8.6	57.9
10	534	57.9	100	123	42.1	100

más complejo: en lugar de una percepción uniformemente baja, el hallazgo principal es una marcada polarización en las respuestas de los futuros profesionales de la salud.

Este fenómeno, donde una parte significativa de la muestra no identifica ninguna forma de violencia (calificando los escenarios con "0"), mientras un grupo más grande la califica con la máxima severidad ("10"), sugiere la existencia de dos visiones dentro de la misma población. Esta bimodalidad puede interpretarse como un reflejo del proceso de socialización de género. Por un lado, el grupo que minimiza o niega la violencia podría haber incorporado a fondo los mandatos, roles y estereotipos de género, considerándolos como parte del "orden natural" de las interacciones sociales. En cambio, la sensibilidad elevada del segundo grupo puede ser una consecuencia de su mayor exposición a discursos críticos sobre género,

permitiéndoles reconocer estas sutilezas como expresiones de una estructura de poder desigual.

Los resultados son esclarecedores con respecto a la hipótesis. Aunque un promedio global de 6.77 podría indicar un incumplimiento, un análisis más exhaustivo demuestra lo contrario. La existencia de un subgrupo consistente (24%) con una percepción nula de la violencia confirma la presencia de una parte importante de los futuros profesionistas en medicina que podrían comenzar su ejercicio profesional con "puntos ciegos" críticos, lo cual supone un riesgo para la seguridad y calidad de la atención del paciente.

Los escenarios considerados como más violentos fueron los relacionados con los mandatos de género (E7 y E8). Por otro lado, las situaciones relacionadas con los roles de género (E2) produjeron una percepción de violencia más baja. Esto podría señalar una mayor sensibilidad

del estudiantado a las injusticias de género en el campo de la autonomía sexual y corporal, un asunto muy visible en el discurso público actual; sin embargo, siguen normalizando las desigualdades basadas en los roles, viéndolas como menos problemáticas o incluso 'naturales'. Esta distinción es crucial, para crear intervenciones educativas donde se aborden de manera concreta la desnaturalización de los roles de género.

El grupo de "Baja percepción" está integrado por personas quienes niegan de manera activa la presencia de violencia en los escenarios (calificación de "0"). Esta negación implica un marco interpretativo totalmente impermeable a la visión de género. Desde la perspectiva de la formación, este perfil de personas estudiantes requiere no solo de sensibilización, sino una intervención pedagógica integral donde se identifiquen y desarraiguen los sesgos y prejuicios inconscientes, los cuales ya están sólidamente instaurados al comenzar su carrera.

Estos resultados son consistentes con la literatura. La dificultad para identificar formas sutiles de agresión ya ha sido reportada en personas estudiantes de medicina en Argentina (Matorras et al., 2020). De manera similar, estudios en Colombia encontraron la persistencia de creencias sexistas minimizadoras de la violencia de género, incluso en muestras con mayoría de mujeres (Saldarriaga et al., 2021). Por tanto, la polarización hallada evidencia una falla estructural en el currículo, que, como señalan investigaciones en Nigeria, a menudo es

insuficiente para estandarizar competencias profesionales en esta área, permitiendo una construcción de las percepciones a partir de la socialización cultural y no por la formación académica (Fawole et al., 2019).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue diagnosticar el nivel de percepción de la violencia por razones de género en el ámbito médico entre el estudiantado de primer año de la carrera de Médico Cirujano. Aunque la hipótesis inicial planteaba un nivel de identificación disminuido, los resultados revelan un panorama más complejo: en lugar de una percepción uniformemente baja, el hallazgo principal es una marcada polarización en las respuestas de los futuros profesionales de la salud.

Este fenómeno, donde una parte significativa de la muestra no identifica ninguna forma de violencia (calificando los escenarios con "0"), mientras un grupo más grande la califica con la máxima severidad ("10"), sugiere la existencia de dos visiones dentro de la misma población. Esta bimodalidad puede interpretarse como un reflejo del proceso de socialización de género. Por un lado, el grupo que minimiza o niega la violencia podría haber incorporado a fondo los mandatos, roles y estereotipos de género, considerándolos como parte del "orden natural" de las interacciones sociales. En cambio, la sensibilidad elevada del segundo grupo puede ser una consecuencia de su mayor exposición a discursos críticos sobre género, permitiéndoles reconocer estas sutilezas como expresiones de una estructura de poder desigual.

Los resultados son esclarecedores con respecto a la hipótesis. Aunque un promedio global de 6.77 podría indicar un incumplimiento, un análisis más exhaustivo demuestra lo contrario. La existencia de un subgrupo consistente (24%) con una percepción nula de la violencia confirma la presencia de una parte importante de los futuros profesionistas en medicina que podrían comenzar su ejercicio profesional con "puntos ciegos" críticos, lo cual supone un riesgo para la seguridad y calidad de la atención del paciente.

Los escenarios considerados como más violentos fueron los relacionados con los mandatos de género (E7 y E8). Por otro lado, las situaciones relacionadas con los roles de género (E2) produjeron una percepción de violencia más baja. Esto podría señalar una mayor sensibilidad del estudiantado a las injusticias de género en el campo de la autonomía sexual y corporal, un asunto muy visible en el discurso público actual; sin embargo, siguen normalizando las desigualdades basadas en los roles, viéndolas como menos problemáticas o incluso 'naturales'. Esta distinción es crucial, para crear intervenciones educativas donde se aborden de manera concreta la desnaturalización de los roles de género.

El grupo de "Baja percepción" está integrado por personas quienes niegan de manera activa la presencia de violencia en los escenarios (calificación de "0"). Esta negación implica un marco interpretativo totalmente impermeable a la visión de género. Desde la perspectiva de la formación, este perfil de personas estudiantes requiere no solo de

sensibilización, sino una intervención pedagógica integral donde se identifiquen y desarraiguen los sesgos y prejuicios inconscientes, los cuales ya están sólidamente instaurados al comenzar su carrera.

Estos resultados son consistentes con la literatura. La dificultad para identificar formas sutiles de agresión ya ha sido reportada en personas estudiantes de medicina en Argentina (Matorras et al., 2020). De manera similar, estudios en Colombia encontraron la persistencia de creencias sexistas minimizadoras de la violencia de género, incluso en muestras con mayoría de mujeres (Saldarriaga et al., 2021). Por tanto, la polarización hallada evidencia una falla estructural en el currículo, que, como señalan investigaciones en Nigeria, a menudo es insuficiente para estandarizar competencias profesionales en esta área, permitiendo una construcción de las percepciones a partir de la socialización cultural y no por la formación académica (Fawole et al., 2019).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es importante reconocer las limitaciones de la presente investigación para contextualizar adecuadamente sus hallazgos y orientar futuras líneas de trabajo como es la generalización de los resultados derivados del método de muestreo. Al haberse empleado un muestreo no probabilístico por conveniencia, los resultados obtenidos son representativos únicamente de la muestra participante y no pueden ser generalizados al existir la posibilidad de un sesgo de autoselección, donde el estudiantado más interesado o sensibilizado con el tema pudo haber

tenido una mayor disposición a participar. Aunado al sesgo de deseabilidad social, al ser la violencia de género un tema de alta sensibilidad, algunas personas participantes podrían haber respondido de la manera considerada más "correcta" o aceptable socialmente, en lugar de reflejar sus percepciones genuinas, influenciado las puntuaciones de percepción.

La investigación se realizó en una universidad pública con un historial de activismo en temas de género, ante esto, podría haber influido en las percepciones del estudiantado. Ante esto, la polarización observada podría ser una característica particular de este entorno.

La evaluación se basó en escenarios hipotéticos escritos, lo cual es una simplificación de la realidad clínica. La respuesta cognitiva ante una viñeta puede no reflejar la percepción o el comportamiento de las personas estudiantes ante una interacción real, donde factores como la comunicación no verbal y el estrés juegan un papel importante.

El diseño transversal ofrece una "fotografía" de las percepciones en un único momento del tiempo, impidiendo establecer relaciones de causalidad o analizar cómo estas percepciones podrían evolucionar a lo largo de la formación académica y la exposición a la práctica clínica. Al centrarse exclusivamente en personas estudiantes de primer año, los resultados reflejan percepciones pre-clínicas, sin poder inferir cómo estas se transforman con la exposición al currículo formal y oculto de la medicina.

Finalmente, la metodología cuantitativa, si bien permite identificar y medir el nivel de percepción y el fenómeno de la polarización, no ofrece una explicación sobre las razones y motivaciones subyacentes a estas percepciones; y el instrumento usado fue un cuestionario *ad hoc* diseñado para los fines específicos de esta investigación y al no ser una escala estandarizada y validada a nivel internacional, sus propiedades psicométricas podrían ser un área de mejora en estudios futuros.

CONCLUSIONES

Esta investigación se propuso diagnosticar el nivel de percepción de la violencia por razones de género en el estudiantado de medicina de primer ingreso, partiendo de la hipótesis de que este sería disminuido. El hallazgo más significativo no fue una percepción uniformemente baja, sino una marcada polarización: mientras un grupo mayoritario de personas estudiantes identifica con la máxima severidad las manifestaciones de violencia de género, un subgrupo considerable (24%) las normaliza al punto de no percibir violencia alguna.

Este hallazgo, aunque con matices, respalda la tesis principal: existe una parte importante de futuros profesionales de la salud en medicina con "puntos ciegos" para identificar la violencia por razones de género. Esta disparidad en la percepción no se trata simplemente de un dato estadístico, sino de una advertencia acerca de las posibles acciones a presentarse en la futura práctica clínica médica. La incapacidad para identificar la violencia sutil puede resultar en una

atención de menor calidad, en donde los pacientes sean revictimizados y la confianza, elemento esencial de la relación profesional de salud-paciente, se vea deteriorada.

Se sugiere, por ende, realizar estudios futuros con métodos cualitativos para investigar los motivos subyacentes de esta polarización, así como estudios longitudinales donde se evalúen cómo estas percepciones cambian (o se consolidan) a lo largo de los años de formación. Es esencial, a nivel institucional, superar la teoría e incorporar en el currículo médico intervenciones psicoeducativas obligatorias y transversales con una pedagogía deconstructiva con el objetivo de desarraigar activamente los estereotipos y proporcionar al estudiantado herramientas prácticas para una atención equitativa y segura.

La medicina del futuro no puede permitirse ser neutral ante las desigualdades. Formar profesionales de la salud con una perspectiva de género no es una opción, sino un imperativo ético para garantizar el derecho a una vida libre de violencia, incluso dentro del consultorio.

REFERENCIAS

- Alcívar, N. L., Montecé, S. A., & Montecé, L. A. (2021). La igualdad y el feminismo. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 9(1), Número especial. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2984>
- Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Pérez, V. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 548-554. <https://www.psicothema.com/pdf/4052.pdf>
- Cassinelli, M. T. (2017). Introducción a la bioética. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 32(3), 240-248. <https://doi.org/10.29277/ruc/32.3.4>
- Chapa, A. C., Cadena, I., Almanza, A. M., & Gómez, A. H. (2022). Violencia de género en la universidad: percepciones, actitudes y conocimientos desde la voz del estudiantado. *Revista Guillermo de Ockham*, 20(1), 77-91. <https://doi.org/10.21500/22563202.5648>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (s. f.). *Relatoría sobre los derechos de la mujer*. <https://www.cidh.oas.org/women/acceso07/cap1.htm>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2003). Prevención de la violencia, atención a grupos vulnerables y los derechos humanos. Los derechos de los pacientes (Fascículo 4). http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/DH_11.pdf
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2021). *La Conferencia de Beijing y los derechos humanos de la mujer*. https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/doc/Promocion/Relatorias/4ta_Conferencia_Beijing.pdf
- Dirección de Género, Diversidad y Equidad. (2021). *El abordaje de la violencia y discriminación por motivos de género: ¿cómo acoger a una persona que las vive?* Universidad de Santiago de Chile. <https://direcciondegenero.usach.cl/>
- Fawole, O. I., van Wyk, J. M., Balogun, B. O., Akinsola, O. J., & Adejimi, A. (2019). Preparing medical students to recognize and respond to gender based violence in Nigeria. *African Health Sciences*, 19(1), 1486-1498. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i1.22>
- Freitas, R. F., Francisco, A. M., Fernandes, M. A., & Mar, M. (2021). Ética médica en la práctica clínica. *Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 81(4), 622-624. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162021000400622>
- García, G. (2021). Estereotipos y elementos que intervienen en la perspectiva de género desde la perspectiva del alumnado. *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 13, e1574. <https://doi.org/10.33010/>

- ie_rie_rediech.v13i0.1574
- González-Gijón, G., Alemany-Arrebola, I., Ruiz-Garzón, F., & Ortiz-Gómez, M. M. (2024). Los estereotipos de género en adolescentes: análisis en un contexto multicultural. *Revista Colombiana de Educación*, (90), 164-184. <https://doi.org/10.17227/rce.num90-14644>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). *Violencia contra las mujeres en México*. <https://www.inegi.org.mx/tablerosestadisticos/vcmm/>
- Laínez, N. G., Martínez, G., Portillo, D. A., Alvarenga, A. F., & Véliz, A. M. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta, Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), 70-77. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>
- Macías-Valadez-Márquez, G., & Luna-Lara, M. G. (2018). Validación de una Escala de Mandatos de Género en universitarios de México. *CienciaUAT*, 12(2), 67-77. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100067
- Maier-Hirsch, E. (2020). Revistando el Sentipensar de la Segunda Ola Feminista: Contextos, miradas, hallazgos y limitaciones. *Culturales*, 8, e485. <https://doi.org/10.22234/recu.20200801.e485>
- Matorras, L. E., Servin, R. E., & Auchter, M. C. (2021). Los estudiantes de medicina frente a la violencia de género año 2020. En *Libro de Artículos Científicos en Salud*. Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. https://med.unne.edu.ar/wp-content/uploads/2021/10/2021_23.pdf
- Momblac, L. C. (2020). El derecho de los pacientes: fundamentos teóricos y comparados. *LEX*, 18(25). <http://dx.doi.org/10.21503/lex.v18i25.2097>
- Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Belém do Pará"*. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 9 de marzo). *La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres*. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>
- Penagos, G., Miranda, S., Ramírez, A., & Martínez, J. (2021). Construcción de mandatos de género en niñas y niños de edad preescolar en Zinacantán, Chiapas. *Sociedad e Infancias*, 5(2), 99-110. <https://doi.org/10.5209/soci.77811>
- Ramallo, R. M., Lozano, M., Durán, I., & Corrales, I. (2024). Violencia obstétrica, una visión actual. Definición, percepción por parte de profesionales y propuestas de mejora. Revisión narrativa. *Ginecología y Obstetricia de México*, 92(2), 85-96. <https://doi.org/10.24245/gom.v92i2.9395>
- Saldarriaga, G., Cárdenas, P. I., González, N. M., Velásquez, F. A., Díaz, O. S., & Ruidiaz, K. (2021). Creencias sexistas y actitudes de violencia de género. Situación de estudiantes universitarios del área de la salud. Cartagena Colombia. *Enfermería Global*, 20(62), 35-64. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.427171>
- Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género. (2017). *Orientaciones Técnicas 2018-2019. Centros de la Mujer*. Gobierno de Chile. https://transparencia.sernam.cl/docs/2018/01/17_02018_20220713_122839.pdf
- Tragapa, M. A. (2018). La bioética y sus principios al alcance del médico en su práctica diaria. *Archivos de Investigación Materno Infantil*, 9(2), 53-59. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2018/imi182c.pdf>

Fecha de recepción: 9 de octubre de 2025

Fecha de dictaminación: 22 de noviembre de 2025

Fecha de aceptación: 28 de febrero de 2026

Fecha de publicación: 21 de marzo de 2026