



CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

**“LA FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL MÉDICA
ENTRE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA BENITO JUÁREZ DE OAXACA: UN
ESTUDIO ETNOGRÁFICO”.**

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

SOLEDAD RAMÍREZ GALVÁN RASGADO

DIRECTORA DE TESIS: DRA. PAOLA MA. SESIA

OAXACA, OAXACA, AGOSTO 2020

©Soledad Ramírez Galván Rasgado

Todos los derechos reservados



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL
UNIDAD PACIFICO SUR**

PÁGINA DE FIRMAS

El presente Comité y Jurado evaluador ha decidido aprobar, como parte de los requisitos para optar al grado de Maestra en Antropología Social, la tesis: **“La formación de la identidad profesional médica entre las y los estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca: un estudio etnográfico”** presentada por: **Soledad Ramírez Galván Rasgado.**

Dra. Paola María Sesia
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Unidad Pacífico Sur

Dra. Laura Montesi Altamirano
CIESAS-Unidad Pacífico Sur
Investigadora Cátedras CONACyT adscrita al CIESAS PS

Dra. Alma Patricia Soto Sánchez
Investigadora Cátedras CONACyT comisionada a CIESAS PS

M.C. Bianca Fernanda Vargas Escamilla
Candidata a Doctora en Ciencias Sociomédicas
Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud
Universidad Nacional Autónoma de México.

31 de Agosto de 2020

“La educación médica debe prepararnos para encontrar a la persona en cada paciente. El énfasis clínico y el enfoque de especialidad nunca deben permitir que se califique como información no pertinente todas aquellas circunstancias del paciente que son trascendentes en la vida humana...”

(Alberto P. Ramírez Galván, médico)

AGRADECIMIENTOS

La siguiente investigación es el resultado de mis estudios de posgrado, realizados en la unidad Pacífico Sur del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), donde tuve el honor de cursar la maestría en Antropología social, en la línea de Antropología Médica en el periodo 2017-2019. Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por aceptar mi investigación y por el recurso económico que me ayudó a dedicarme de tiempo completo a ella.

A la Dra. Paola Ma. Sesia, mi profesora y directora de tesis. Gracias Dra. Paola, por escucharme, apoyarme a través de sus palabras y enseñarme a confiar en mí. Logré con su ayuda entender cuál es el sentido de seguir aprendiendo cada día.

A todos mis profesores de la maestría. Gracias por sus enseñanzas, cada uno en su particular forma de enseñar me dio armas para concretar esta investigación.

A Mara Alfaro, Secretaria Técnica de la Maestría en Antropología Social del CIESAS Pacífico Sur, por su apoyo incondicional hacia mí a lo largo de los años en la maestría.

A todas mis compañeras y compañeros de generación: puesto que fueron siempre mi inspiración al escucharlos en clases. Con especial cariño a mis compañeras de la línea de Antropología Médica: Fabiola Lara y Coral Mendoza; su amistad me acompañará siempre.

A mis lectoras de tesis la Dra. Alma Soto, Dra. Laura Montesi y Dra. Bianca Vargas. Agradezco su tiempo y su interés en esta investigación.

A la Facultad de Medicina y Cirugía de la UABJO

Agradezco a las autoridades de la Fac. Med. UABJO, con especial atención al Dr. Luis Manuel Sánchez Navarro, Director de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, quien me brindó el apoyo necesario para realizar esta investigación.

Agradezco especialmente a los profesores de las materias de Anatomía Humana, Clínica Propedéutica y Ginecología por permitirme entrar a sus clases y prácticas.

Gracias a las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO porque a través de los meses de convivencia me permitieron acercarme a ellos y conocer “sus historias”. Gracias por confiar en mí.

Familia

Gracias a la Enfermera y partera Benita Rasgado López y al Dr. Alberto Patricio Ramírez Galván, mis padres, por ser los dos grandes pilares de mi vida y porque a través de su amoroso apoyo he podido concluir esta investigación. A los dos gracias por infundirme siempre el respeto y amor por la profesión médica a través de su ejemplo de vida, porque por ustedes a través de tantas pláticas en nuestro comedor forjé mi propio “ser y saber médico”.

Gracias a Frida y Karol, las mujeres que mueven mi vida diariamente. Gracias, hijas, por su comprensión y amor, por su empuje y por la fuerza que imprimen a mis deseos.

Gracias Dr. Félix Ángel Quintero Michel, mi compañero de vida, porque al laborar contigo conocí temas como “el parto humanizado” que originaron en mí el interés por la Antropología Médica.

Gracias a Judit Suárez, partera y amiga, por tu apoyo incondicional en este proceso.

Gracias Dra. Olga Montes y Dr. Carlos Sorroza, y Maestra Guadalupe Peralta, mis amigos, por su inspiración, interés en este estudio y por su acompañamiento cercano.

A Dolly, porque literalmente “siempre estuviste a mi lado”.

Dedico esta investigación con profundo respeto y admiración a todas las y los compañeros de la medicina que han brindado su atención en Oaxaca a los enfermos de COVID-19. Una pandemia que nos hace pensar mucho sobre el significado de la identidad profesional médica.

TÍTULO DE LA TESIS: “LA FORMACIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL MÉDICA ENTRE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA BENITO JUÁREZ DE OAXACA : UN ESTUDIO ETNOGRÁFICO”.

FECHA DEL GRADO: 31 DE AGOSTO DE 2020

NOMBRE:

SOLEDAD RAMÍREZ GALVÁN RASGADO

GRADO PREVIO AL QUE OPTÓ:

LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO

INSTITUCIÓN PREVIA EN DONDE SE OBTUVO EL GRADO:

FACULTAD MEXICANA DE MEDICINA. UNIVERSIDAD “LA SALLE”.

RESUMEN

Este estudio etnográfico se realizó en la Facultad de Medicina de la UABJO (Fac. Med. UABJO) para entender cómo se construye la identidad profesional médica en estudiantes de esta facultad, tomando en cuenta las particularidades de dicha escuela y las trayectorias biográficas muy diversas de alumnos y alumnas que se están formando actualmente.

La tesis responde a las interrogantes: ¿Qué características asume y a través de qué procesos de socialización se construye la identidad profesional médica entre los y las estudiantes en el proceso de formación de pregrado en la Fac. Med. UABJO? ¿Con qué especificidades en relación a las distintas identidades étnico-raciales, de clase social y de género de quienes ingresan como estudiantes? ¿Cómo y hasta qué punto juegan sus trayectorias biográficas previas antes de entrar a la Facultad o durante sus estudios, en la construcción de esa identidad profesional?

El primer capítulo explora quiénes son los estudiantes, poniendo atención al género, la clase social, el lugar de origen y la escolaridad y profesión/ocupación de los padres. Asimismo, se exploran las representaciones sociales con respecto a lo que significa para ellos estudiar medicina y hacerlo en esta institución, además de captar sus aspiraciones en cuanto al "ser médico". El segundo y el tercer capítulo exponen de qué manera se construye el "ser médico" y "el saber médico" que se transmite a través de los estilos pedagógicos propios de los profesores dentro y fuera de clases. El último capítulo expone los procesos de transformación identitaria de alumnos y alumnas al llegar a la universidad y al volverse estudiantes de medicina, con todas las particularidades que estos procesos conllevan, debido a las diferentes trayectorias biográficas, así como a las demandas particulares que la carrera de medicina exige a los y las jóvenes.

A través de este estudio nos acercamos a cómo las y los estudiantes viven el proceso de enseñanza –aprendizaje en la carrera de medicina, cada uno desde sus individualidades, para construir poco a poco una identidad profesional médica que presenta elementos comunes.

Se encontró que la mayoría de los estudiantes son mujeres, de clase media, principalmente originarios de la Ciudad de Oaxaca y Valles Centrales. Sin embargo, a pesar de que la carrera de medicina tiende a la feminización del alumnado y de los profesionales, las configuraciones de género de la carrera y de la profesión continúan siendo profundamente masculinizadas. Es posible que la representación social de "ser médico" para las y los estudiantes de Medicina, presente diferencias basadas en el género, lo cual podría influenciar una construcción diferenciada de la identidad profesional entre el alumnado.

En relación a la clase social, se observó que la mayoría de los y las estudiantes se autoadscriben de clase media y media alta y nivel educativo alto, lo que habla de una baja movilidad social, además de que es posible que exista una representación diferenciada de la profesión médica por clase social.

En la Fac. Med. UABJO existen diversos estilos pedagógicos entre los profesores los cuales contribuyen a transmitir una variedad de formas del "ser médico", aun si comparten un *currículum* oculto que promueve la ideología médica hegemónica del "saber médico", la cual, a su vez, tiende a reproducir relaciones de poder jerárquicas y asimétricas en el aula, así como en la futura práctica clínica. Las y los alumnos aceptan, incorporan, se adaptan, modifican o

resisten de manera particular este *curriculum* oculto, dependiendo de sus características personales, resultando en una variedad de formas de “ser médico”.

Aunque este estudio es limitado ya que se realizó únicamente en alumnos de primero, tercero y cuarto años de la carrera de medicina, reflejando sólo un momento de un proceso que aún no ha terminado, es posible concluir que el resultado de la formación médica de pregrado en la Fac. Med. UABJO no es la adquisición de un *habitus* médico autoritario entre sus estudiantes. Durante la formación, el autoritarismo no se da tanto a nivel de relaciones sociales y dispositivos que se implementarían en el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino más bien en la transmisión del conocimiento médico hegemónico en sí, el cual se ha construido con base en su superioridad estructural; haciendo que los y las alumnas a lo largo de su instrucción de pregrado conciban este conocimiento como el único válido para explicar y tratar las diversas enfermedades.

Soledad Ramírez Galván Rasgado
drasolholistica@gmail.com

ÍNDICE

Introducción	Pag 14
El contexto	14
La pregunta de investigación.....	19
Metodología.....	20
La hipótesis inicial y mis hallazgos.....	22
La construcción sociohistórica de la profesión médica y del desarrollo de la Medicina como ciencia y como práctica profesional	26
Marco teórico	31
La teoría de las representaciones sociales.....	31
Abordajes teóricos de la educación y formación médica.....	33
Abordajes teóricos de la socialización del adulto.....	40
La construcción de la identidad social de los médicos y médicas en formación.....	45
La construcción del “imaginario” del médico	46
Conclusiones.....	47
CAPÍTULO 1.....	49
¿Quiénes son los estudiantes de medicina y qué significa para ellos estudiar esta carrera?.....	49
¿Quiénes son los estudiantes de la UABJO en la actualidad? La información oficial en un contexto de profundas trasformaciones	49
¿Quiénes son las y los estudiantes de la UABJO en la actualidad? Los resultados generales de la encuesta.....	58
Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": La importancia (relativa) del género	62
Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": el nivel socioeconómico.....	70

Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": Escolaridad de los padres y movilidad social.....	76
Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": El lugar de origen familiar	82
“Siempre han dicho que medicina es carrera para hombres”: Experiencias de género en la formación del “ser médico”	85
"Yo tenía que preocuparme de cuidarme a mí, de cuidar las pocas cosas que tenía y de ir al día en la escuela”: Experiencias de clase en la formación del ser médico	93
El lugar de origen en la experiencia de los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO.....	99
Conclusiones.....	103
CAPÍTULO 2.....	106
La construcción del “ser médico” en la Fac. Med. UABJO	106
Introducción	106
"Todos fuera de la carrera se imaginan medicina como una carrera muy noble": La construcción de una ideología hegemónica en la formación y la profesión médica en la Fac. Med. UABJO	107
El "ser médico"	115
El curriculum oculto.....	117
¿Quiénes enseñan en la UABJO?.....	119
Los diferentes repertorios de comportamiento pedagógico y la importancia del modelaje en medicina.....	119
La construcción del "ser médico" a través de los diferentes estilos pedagógicos	127
El profesor “con autoridad”	128
El profesor amenazante y represivo.....	131
El profesor no autoritario pero emocionalmente distante	134
El profesor estructurado ó estricto	136
El profesor no estructurado ó “barco”	140
Conclusiones.....	142
CAPÍTULO 3.....	144

"La medicina se aprende como si estuviéramos viendo el motor de un carro": la construcción del saber médico en la Fac. Med. UABJO	144
Introducción	144
La visión mecanicista del cuerpo: la clase de anatomía	146
La visión biologista e individualizante de la enfermedad: las materias clínicas.....	150
La visión objetivante y despersonalizante del enfermo: la mirada clínica	154
Las enseñanzas	156
Aprender la distancia emocional.....	156
Aprender a diagnosticar: palpar, escuchar, oler y ver	157
Aprender a clasificar al paciente	159
Aprender un nuevo idioma: el lenguaje técnico de la medicina.....	164
Conclusiones.....	167
CAPÍTULO 4.....	169
"La transformación de la identidad personal y la construcción de la identidad profesional entre estudiantes de la Fac. Med. UABJO".....	169
Introducción.....	169
La transición a jóvenes universitarios.....	171.
La separación de la familia de origen y la importancia de las redes familiares	173
"Siento que valgo lo que mis calificaciones ": La transformación en estudiantes de medicina.....	179
Las presiones académicas.....	179
El aislamiento social.....	185
Las presiones económicas.....	186
Los relatos de vida.....	188
El relato de Diana.....	189

El relato de Ana	192
El relato de Antonio.....	195
El relato de Ramiro	199
El análisis.....,,,	202
Las continuidades : la importancia del capital cultural	203
La ruptura biográfica: La importancia de la transformación personal y profesional.....	207
La construcción de la identidad profesional como médicos de formación en la Fac.Med. UABJO.....	212
"Verse como médico".....	213
Observar como médico: la objetivación del cuerpo humano	217
Sentir como médico: el desapego emocional: el desapego emocional y la despersonalización del paciente.	219
Conclusiones.....	224
CONCLUSIONES FINALES.....	226
BIBLIOGRAFIA	234
Anexos	252

INTRODUCCIÓN

¿Qué significa para un estudiante de Medicina portar la bata blanca? Durante cada etapa del entrenamiento médico la bata blanca adquiere un significado que se transforma a lo largo del tiempo pero, que finalmente, le da autoridad y validez moral a quien la porta.

Como estudiante de Medicina viví los diversos significados de estos símbolos. En el primer día, al ingreso en la licenciatura, experimenté el “peso social” que significa portar la bata blanca. En ese momento de mi preparación como médica, la bata sintetizaba mi deseo de ingresar a la carrera de Medicina, el porqué yo deseaba ser médica, así como las expectativas y aspiraciones del núcleo familiar al que yo pertenezco.

El segundo momento del entrenamiento médico en donde la bata blanca fue para mí un símbolo, fue durante los adiestramientos clínicos en los hospitales públicos. Yo era una estudiante muy joven y al ser mujer, la bata blanca y el estetoscopio significaban revalidar mi conocimiento, en un contexto social hegemónico en donde los conocimientos de las mujeres tienden a ser subvalorados. Ése era el primer momento de acercamiento que, como médica, yo tenía a los pacientes. La bata blanca significaba entonces el escudo a través del cual yo tenía autoridad para preguntarle a ellos acerca de sus vidas, significaba también jerarquía ante los demás estudiantes y ante las enfermeras (Diario personal, Soledad Ramírez Galván Rasgado).

El contexto

La decisión de convertirse en estudiante de Medicina no es sencilla, resulta ser una decisión de vida; para cada estudiante implica basarse en su propia representación social de ser médico. Pero ¿cuál es el significado de ser médico para cada uno de ellos? Para las y los estudiantes de la Facultad de Medicina de la UABJO (de ahora en adelante, Fac. Med. UABJO) este significado tiene que ver posiblemente con el contexto de la atención médica en la Ciudad de Oaxaca en donde la cual se desarrolla entre el sector público y privado y en donde muchas veces son los propios estudiantes quienes han sido al mismo tiempo pacientes, observando de cerca la saturación de los servicios así como posiblemente las situaciones de mal trato hacia los usuarios.

Las y los estudiantes de pregrado de la Fac. Med. UABJO, durante su sexto año de la carrera se convierten en médicos internos de pregrado (MIP) del Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” así que durante los años de la carrera posiblemente construyan una representación social (Jodelet, 1984) de ser médico a través de los procesos de socialización a los cuales se enfrentarán. Esta decisión se encuentra atravesada por representaciones sobre el valor social de la carrera y el estatus que se puede alcanzar, si se es capaz de sortear todas las dificultades que implica convertirse en médico.

Cuando un joven le informa a su familia y amigos cercanos sobre su decisión de estudiar medicina, escucha expresiones como: ¿servirás para eso?, ¿no te dará asco la sangre? Ó ¿le

temerás a los muertos? Entonces la futura o el futuro estudiante se enfrenta ante una serie de vivencias, es decir, elaboraciones individuales a través de las cuales se explica a sí mismo lo que siente y experiencias que son su manera de actuar, conocer y explicarse a sí mismo el mundo de la vida (Acosta-Fernández, 2016); las cuales marcan y “forjan” su carácter. Para Acosta Fernández (2016) las vivencias son caracterizaciones individuales de lo real ó bien «lo aprendido y vivido por el individuo y por el grupo forman parte del sentido común», y las experiencias son nuestra representación de lo que sucede fuera de nosotros y son la base de la comprensión de los otros y del mundo.

Para mí, como médica, el analizar el proceso de cómo una persona puede convertirse en médico y llegar a pensar y actuar como tal, nunca había cobrado tanta importancia hasta el momento de estudiar la Maestría en antropología médica. Un proceso que considero es probable que suceda de manera particular en cada una de las facultades de medicina de las universidades del mundo, en donde las y los estudiantes aprenden en condiciones diversas. Hace algunos años, a través de mi trabajo, comencé a tener mayor contacto con los nacimientos humanos y con las capacitaciones de personal de salud acerca de “partos humanizados” y fue ahí donde pude experimentar la renuencia al cambio de actitudes hacia las pacientes obstétricas por parte de los médicos tratantes, como si existiera una dificultad para pensar y actuar como médico de una forma diferente o simplemente para aprender una nueva forma de atender los partos.

Mi acercamiento al personal de salud me hizo pensar que debe haber algún factor inherente al ser médico y a su formación durante el pregrado que les impide o dificulta transformar sus actitudes, muchas veces autoritarias, sin empatía y/o de franco maltrato, en este caso hacia las pacientes obstétricas. Tal vez el problema no es únicamente de infraestructura hospitalaria o de falta de ética profesional, sino se coloca en el origen de su formación médica desde el pregrado.

En este sentido, es importante recordar que en el estado de Oaxaca, el fenómeno llamado de “la violencia obstétrica” (Sesia, 2016) y las actitudes de maltrato hacia las mujeres embarazadas y durante el parto constituyen un problema de salud pública, reflejado en el alto número de quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca (CEAMO) y en la percepción de las usuarias. El Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” (HGDAV) es el mayor hospital resolutorio del Estado de Oaxaca, sobresaturado y con alto número de denuncias por maltrato ante la CEAMO. Este hospital recibe médicos internos de pregrado principalmente de la

Fac. Med. UABJO; los médicos internos de pregrado mantienen una constante relación con las usuarias de los servicios de salud y, al ser personal en formación, se encuentran sujetos a una organización jerárquica hospitalaria interna que continúa su proceso de enseñanza-aprendizaje de la Medicina, iniciado durante el pregrado. Son los médicos internos de este hospital quienes se encuentran en estrecha convivencia con las usuarias y de quienes éstas podrían observar las actitudes de maltrato.

El conocer que los internos de pregrado del HGDAV habían sido previamente estudiantes de la Fac. Med. UABJO, resultó importante para decidir investigar en mi proyecto de tesis quiénes son los estudiantes de la Fac. Med. UABJO en la actualidad, buscando entender cuáles son sus características específicas: hombres o mujeres, provenientes de qué nivel socioeconómico en sus familias, de procedencia rural o urbana, de autoadscripción indígena o no.

También me surgió el interés de entender con qué expectativas llegan estos y estas jóvenes a la Facultad de Medicina y con qué bagaje ideológico. Así mismo, me interesó explorar qué relaciones establecen con sus compañeros, profesores y con la institución, adentrándome en la vida diaria de los estudiantes de Medicina, dentro de sus aulas y espacios comunes, para poder observar los indicios del así llamado *currículum* oculto (Castro, 2014) pero buscando sus modalidades particulares dentro de la Fac. Med. UABJO, una institución que a su vez presenta características históricas, sociales, políticas y culturales muy propias.

Desde 1968, la Fac. Med. UABJO mantiene su ubicación actual en la Ex Hacienda de Aguilera, en la Ciudad de Oaxaca, México. Durante 63 años de la enseñanza de la Medicina en Oaxaca, la Fac. Med. UABJO ha vivido varios períodos de inestabilidad política y social que han puesto en riesgo su existencia. El Movimiento Democrático Universitario Oaxaqueño (1975-1977) generado por el movimiento estudiantil en paralelo con movimientos parecidos a nivel mundial, uno de cuyos fines era contextualizar y hacer más sensible a la UABJO ante la problemática socioeconómica y cultural de la sociedad oaxaqueña de esa época, no fue aceptado y chocó con los intereses del Estado y de la iniciativa privada del entorno estatal y capitalino. En 1977 se suscitó un movimiento de ruptura que dejó “desmantelada” la escuela, ya que los profesores que en ese entonces no eran afines a su ideología política radical de izquierda, decidieron salir de la entonces Escuela de Medicina y formar la Escuela de Medicina de la Universidad Regional del Sureste (URSE), como una alternativa privada en la formación médica regional.

La escuela de Medicina sufrió una profunda crisis educativa, manifestada en diversas formas: de ser una universidad que se consideraba “elitista” y con un ingreso muy limitado de estudiantes procedentes de clase social baja, incrementó su matrícula llegando a una masificación estudiantil, reportándose un crecimiento mayor al 1500%, de 1964 a 1992 (Martínez, 1992). La masificación significó también el acceso a la universidad de sectores sociales hasta entonces marginados de la educación superior o con poca presencia en ella. Estos estudiantes, provenientes de los sectores medios, campesinos, artesanos y asalariados, trajeron a la universidad una mayor consciencia de las desigualdades sociales y del autoritarismo político de la sociedad mexicana y oaxaqueña. La UABJO se convirtió en una caja de resonancia de los problemas sociales del estado de Oaxaca y del país y los estudiantes harían eco de diversas demandas sociales para reducir la desigualdad y aumentar las oportunidades educativas para todos, masificando la educación (Martínez, 1992).

No obstante esta historia particular atravesada por la crisis institucional, la Fac. Med. UABJO sigue, de manera parecida a la gran mayoría de las facultades de Medicina del país, un mismo modelo conceptual de qué es la Medicina y cómo se debe de enseñar a nivel universitario. Su *currículum* explícito se manifiesta en su plan de estudios actual, el cual deriva de la corriente docente biologicista, apoyada en el pensamiento Flexneriano, que explica la enfermedad a través del paradigma biológico lesional. En su plan de estudios existe una clara división entre un periodo o ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido por otro dedicado al afianzamiento de habilidades y estudios clínicos (Pinzón, 2008).

El perfil de egreso de la Fac. Med. UABJO es actualmente el siguiente:

”Ofrecer servicios de medicina general integral de alta calidad, identificar problemas de salud relacionados con grupos de riesgo e instalar medidas que tiendan a su limitación o prevención. Los egresados se comprometen a realizar una práctica profesional responsable, competitiva, humanística reflexiva y crítica de acuerdo a lo que exigen el cuidado de la integridad del hombre sano y enfermo dentro del marco de la bioética y de acuerdo a las normas culturales de su grupo social”¹.

Al revisar de manera aleatoria los perfiles de egreso de las y los estudiantes de Medicina de otras universidades de México tales como las estatales de Veracruz, Durango y Michoacán, resulta que el de la Fac. Med. UABJO es muy parecido a esos otros, ya que incluyen dentro de sus características el egresar médicos generales que sean capaces de tener una atención integral con sus pacientes, enfocándose en la atención primaria de la salud y en la prevención de las patologías más frecuentes en su entorno. Los perfiles de egreso de estas facultades de

¹ Véase: www.medicinauabjo.mx.

Medicina también enfatizan la ética, el profesionalismo y valores morales que se adscriben a la Medicina. Me llama la atención que en todas estas universidades, incluida la Fac. Med. UABJO, también se incluye el conocimiento de las “disciplinas sociomédicas” en la curricula, con el objetivo declarado de comprender e interpretar los factores ambientales y sociales del proceso salud–enfermedad en la comunidad y para que los médicos puedan participar en los programas prioritarios del sistema nacional de salud. Estas similitudes, hacen pensar que posiblemente el proceso de formación médica entre los estudiantes de la UABJO suceda de forma similar a muchas otras facultades de Medicina del país, sin excluir al mismo tiempo que pueda presentar algunas características particulares.

La Fac. Med. UABJO, localizada en la ciudad capital de Oaxaca de Juárez, representa una primera y única opción de educación pública para muchos alumnos; para otros, representa la última opción entre otras muchas deseadas. Al fin y al cabo, para cada uno de los estudiantes que ingresan se vuelve el espacio donde cada uno de ellos vive la experiencia de ser estudiante de Medicina, influido por su propia historia de vida, su procedencia social y cultural, su género y/o el lugar de origen.

Comencé mi trabajo de campo en la Fac. Med. UABJO en noviembre 2018. En esta ocasión no usé una bata blanca, pero el hecho de ser médica es algo que me acompañó siempre. Recuerdo que el primer día que llegué ahí, ahora como estudiante de la Maestría en Antropología Médica, sinceramente me sentía nerviosa por atravesar la puerta y mirarme inmersa entre tantos alumnos y alumnas sin tener “algo” específico que hacer con ellos; en esta ocasión, sin tener nada que enseñarles, sino todo que aprenderles. Para mí el trabajo de campo con los estudiantes de Medicina significó un reto personal, profesional y académico. Ha sido el reto de deconstruir, paso a paso, los procesos mentales que en mí se encuentran inmersos en mi propia formación como médica y a mi propio ejercicio profesional de la medicina; al mismo tiempo, me ha permitido observar las relaciones sociales micro que se desarrollan en los espacios de la Facultad de Medicina con la conciencia de que la biomedicina, como proceso social, no ha tenido un desarrollo aislado sino como parte de procesos más macro de la construcción económica, social y cultural de México y del mundo. El desarrollo de la biomedicina se ha dado dentro de lo que Menéndez define como el "Modelo Médico Hegemónico" (1983, 1992). Su expansión, ganando supremacía sobre los demás modelos médicos en México y en Oaxaca, ha sucedido a la par de la expansión del capitalismo y de la construcción de ciertos proyectos hegemónicos del Estado (Wolf, 1994).

Ingresé al trabajo de campo con la idea enraizada de que las y los médicos durante su entrenamiento en la Escuela de Medicina y los hospitales incorporan un *habitus* médico autoritario (Castro, 2014) que vincula lo que les enseñaron explícita e implícitamente a través de gestos, lenguaje corporal y hablado, además de símbolos y rituales de paso que observan en el campo, y que incorporan a través de sus años como estudiantes de Medicina. Sin embargo, durante mis meses de trabajo de campo, pude observar que la construcción del ser y del saber médico, es decir de la identidad profesional y la adquisición de los conocimientos médicos, se realiza a través de procesos de socialización constantes, contradictorios, ambiguos, confusos y dinámicos entre las y los estudiantes de Medicina y su entorno; procesos a través de los cuales las y los estudiantes de Medicina transforman su identidad personal para construir una identidad profesional propia.

La pregunta de investigación

Las interrogantes que guiaron esta investigación fueron las siguientes:

¿Qué características asume y cómo se construye la identidad profesional médica entre los y las estudiantes en el proceso de formación de pregrado en la Fac. Med. UABJO?

¿Con qué especificidades en relación a las distintas identidades étnico-raciales, de clase social y de género de quienes ingresan como estudiantes?

¿Cómo y hasta qué punto juegan sus experiencias significativas de vida y/o posturas políticas, antes de entrar a la Facultad o durante sus estudios, en la construcción de esa identidad profesional?

¿A través de qué procesos de socialización se construye esa identidad profesional médica durante la carrera?

El objetivo general de mi investigación fue describir y analizar la construcción de la identidad profesional médica en los procesos de enseñanza-aprendizaje y socialización entre estudiantes de medicina de pregrado de la UABJO, los cuales ingresan a la facultad con diversas identidades étnico-raciales, de clases social, de género, posturas políticas y experiencias significativas de vida.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Conocer quiénes son los estudiantes de medicina en cuanto a sus identidades étnico-raciales, de clase social y de género, experiencias significativas de vida y posturas políticas, al ingresar y en distintos momentos de la licenciatura.
- Conocer las vivencias, apreciaciones y emociones narradas que estudiantes de medicina de primero, de tercero y cuarto año experimentan con respecto a la carrera en los años de formación de pregrado.
- Describir y analizar el proceso de socialización en la profesión médica que se da en las aulas así como en los espacios clínicos, en los contenidos educativos explícitos así como en el *currículum* oculto, durante la formación de pregrado de la Fac. Med. UABJO; tomando en cuenta las especificidades de quiénes son los y las estudiantes que participan en ese proceso.

Metodología

Mi acercamiento al campo fue a través de la observación participante, encuestas preliminares y entrevistas semiestructuradas con alumnos y alumnas, así como con profesores. Realicé aproximadamente 90 horas de observación participante dentro de las aulas y en las áreas comunes tales como patios escolares, laboratorios y cafeterías. Asistí como observadora a las clases de Anatomía, Clínica Propedéutica, Bioquímica y Ginecología, reporté mis observaciones en mi diario de campo y también grabé audios de las clases e interacciones de los alumnos y profesores.

Apliqué una encuesta preliminar a 151 alumnos y alumnas de primero (n=66), tercero (n=66) y cuarto (n=19) año, para identificar sus perfiles sociodemográficos y socioeconómicos. La encuesta incluía datos sobre el lugar de nacimiento de los estudiantes, lugar de residencia previo a su ingreso a la escuela de Medicina, escolaridad de su padre y de su madre, así como preguntas orientadas a su preferencia sobre la carrera de Medicina, y si la carrera de Medicina y la UABJO fueron su primera opción a escoger ó tenían otras opciones. Las 151 encuestas corresponden a un 19% del total de alumnos regulares inscritos en esos años de la carrera (véase Anexo 1).

Las encuestas fueron aplicadas en grupos de primer año, durante la materia de Anatomía; en grupos de tercer año, durante la materia de Clínica Propedéutica y en grupos de cuarto año, en la materia de Ginecología, en el aula, durante el horario de clase y con la presencia y autorización de los profesores. Escogí dos grupos por año, basándome principalmente en que sus profesores me dieron permiso de aplicar la encuesta. Aun si no hay certidumbre con

respecto a la representatividad de los alumnos incluidos en relación al conjunto del alumnado de la Fac. Med. UABJO, no hay razones tampoco para pensar en que no lo sea, considerando que los grupos escolares por materia se forman al azar. Previamente a la realización de la encuesta les expliqué a las y los alumnos que sus respuestas eran importantes pues formaban parte de una investigación en antropología médica, garantizando en todo caso su anonimato.

Ante los hallazgos preliminares de esta encuesta, así como de los datos obtenidos en las listas de alumnos que me fueron proporcionadas por el personal administrativo de la Fac. Med. UABJO, observé que el alumnado se encuentra compuesto en su mayoría por mujeres; en contraparte, la mayoría de los profesores son hombres. Existen alumnos del interior del estado de Oaxaca, así como provenientes de estados vecinos, sobre todo Chiapas. En algunas de las preguntas abiertas incluidas en la encuesta preliminar se pueden observar algunas de las representaciones sociales que los estudiantes de Medicina mantienen sobre cómo “debe ser” un médico. Las respuestas esbozan, así mismo, el nivel de satisfacción que los alumnos expresan hacia la carrera de Medicina y algunas emociones que experimentan dentro del proceso de convertirse en médicos y médicas.

En base a los resultados de las encuestas preliminares, escogí 15 alumnos con características variadas a nivel de clase social, género, procedencia (capitalinos o foráneos) y adscripción étnica a los cuales realicé una larga entrevista semiestructurada de dos horas de duración en promedio (véase Anexo 2), centrándome principalmente en: la construcción social de ser estudiante de medicina para la familia y para su entorno social cercano; las experiencias durante la admisión y durante el primer año dentro de la Fac. Med. UABJO, siendo estudiante foráneo o siendo capitalino; los lugares donde vive y las personas con las que convive; experiencias sobre ser una estudiante de medicina siendo mujer; experiencias en la Facultad de Medicina en relación a la etnicidad, el género y la clase social de los estudiantes; ser estudiantes de medicina en relación a sus posturas políticas; sus relaciones sociales y la construcción social del “deber ser médico”, siendo estudiante de medicina.

En algunos casos, las entrevistas se extendieron durante más tiempo y/o se realizaron en más de una sesión. En todos los casos, los y las estudiantes participantes dieron su consentimiento informado en participar en la investigación. Se respetó la confidencialidad de los datos y se mantuvo el anonimato de los estudiantes, cambiando en todos los casos sus nombres de pila que se utilizan a lo largo del texto.

En el caso de los profesores, se aplicó una entrevista semi-estructurada a seis de ellos, dos docentes por cada una de las materias de anatomía (impartida en primer año), Clínica

propedéutica (impartida en tercer año) y Ginecología (impartida en cuarto año) (véase Anexo 3). Cabe mencionar que en los seis casos, conocía previamente a los docentes o porque algunos habían sido compañeros de trabajo en el hospital en el que laboraba, o porque los había conocido en la misma facultad donde estuve dando clase en años anteriores. Conversé ampliamente con ellos sobre la investigación que realizaba y les expliqué sobre mis preguntas y objetivos.

Además de las entrevistas, todos los docentes accedieron a que yo presenciara sus clases y aceptaron ser entrevistados con el compromiso previo de mantener su anonimato. Es importante también aclarar que para las materias que estuve presenciando y hay varios grupos de estudiantes y varios profesores que las imparten, así que resulta más fácil poder mantener el anonimato de los docentes. En todos los casos, tanto para las observaciones en clase como en las entrevistas, cambié sus apellidos. Finalmente, es importante mencionar que meses previos a mi ingreso a la Fac. Med. UABJO, ya había obtenido el consentimiento institucional por parte de la Dirección de la Facultad.

La hipótesis inicial y mis hallazgos

Previamente a mi entrada al campo, había hipotetizado que el *habitus* médico autoritario, hegemónico en la educación médica hoy en día en México, se constituye en la Fac. Med. UABJO a través de la articulación de dispositivos específicos, a los cuales los estudiantes se adaptan o se resisten dentro de la formación médica de pregrado, con alguna relación a sus propias identidades étnico-raciales, de clase social y de género, unido a sus múltiples experiencias significativas de vida y a sus posturas políticas.

El trabajo de campo me hizo transformar o, por lo menos, matizar mi hipótesis inicial. Ahora considero que la identidad profesional médica de los y las estudiantes de medicina de la UABJO se construye a través de procesos de enseñanza-aprendizaje y de socialización conducidos por los docentes, los cuales incluyen contenidos explícitos de la enseñanza biomédica, así como un *curriculum* oculto que promueve la ideología médica hegemónica y relaciones de poder jerárquicas y asimétricas en el aula, así como en la práctica clínica. Sin embargo, el *curriculum* oculto depende del estilo pedagógico y del ser médico de cada docente, e interactúa, de manera dinámica, con las distintas identidades personales de cada estudiante.

Mi hipótesis es que el autoritarismo sí está presente en esta formación, pero no tanto a nivel de relaciones sociales y dispositivos que se implementan en el proceso de formación, sino

más bien en la transmisión del conocimiento médico hegemónico en sí, el cual se ha construido con base en su superioridad estructural, haciendo que los alumnos a lo largo de su instrucción de pregrado conciban el conocimiento médico como el único válido para la explicación de los diversos padecimientos. Es decir que, de manera similar a otras facultades de Medicina del país, se enseña a los alumnos a interiorizar y a reproducir la autoridad médica; o sea, a actuar, pensar y hablar de manera que dicha autoridad médica se reproduzca a través de las generaciones.

A las y los alumnos se les enseñan los signos clínicos de las enfermedades a modo de transmisión de un saber “aparentemente consolidado”; es decir, al conocer los nombres de los signos, síntomas y maniobras de exploración se comparte un código de comunicación entre médicos, que permite legitimar que lo que se expone es real. Por ejemplo, en la enseñanza y aprendizaje de la clínica, materia impartida en el tercer año y que integra en los estudiantes las palabras, maniobras y códigos propios de la práctica médica, el síntoma relatado por el paciente es convertido en signo clínico objetivo y se describe de manera técnica con un lenguaje experto que no es entendible a nivel lego en los escritos médicos, de esta forma se consolida ese saber y se transmite a los nuevos estudiantes (Foucault, 1966). Por lo tanto, las maneras en que se enseña tienden a continuar con la legitimación de la biomedicina como único modo de conocimiento, de modo que los futuros médicos puedan actuar a partir de un corpus compartido de conocimientos objetivados y técnicos; entretejiendo con símbolos como el de la “bata blanca” y varios “rituales de paso” que coadyuvan en la construcción y el mantenimiento de la hegemonía biomédica.

A través de las respuestas de los y las estudiantes en las encuestas aplicadas, observé además que, parte del *currículum* oculto que es transmitido hacia los alumnos en la UABJO, es la representación social de que “la práctica de la Medicina es una condición suficiente para mantener o alcanzar una posición social elevada”; de este modo, los alumnos observan a sus docentes como poseedores de automóviles caros, con consultorios propios, y con un estatus mayor dentro de la sociedad, comparado con otros trabajadores.

He observado en clase también que algunos profesores insisten en el papel del médico como una “persona que debe saber y conocer de todo”; por medio de frases como: “así lo dice la gente, pero como ustedes van a ser médicos lo tienen que decir de caché”. Estos mensajes enseñan a los alumnos que, a través del título de médico se tiene acceso a un estatus privilegiado dentro de la sociedad, el cual se debe cuidar y legitimar constantemente a través de la posesión de bienes materiales que lo certifiquen, así como mediante actitudes y el uso

del lenguaje técnico médico “de caché”, que denoten el conocimiento amplio de las enfermedades, para marcar la jerarquía del conocimiento frente a los pacientes y a los no médicos.

A diferencia de mi hipótesis inicial sobre la reproducción de un *habitus* médico autoritario que finalmente he desechado, también propuse como hipótesis, que en la Fac. Med. UABJO se produce y se enseña un *habitus* desvinculante (Castro, 2014), que se induce desde la formación y se produce constantemente en la práctica médica. Esta hipótesis se ha mantenido y se ha comprobado en mi investigación.

El estudio de la socialización de los estudiantes de Medicina surgió al final de la década de los años cincuenta del siglo pasado como objeto de estudio dentro de la sociología médica estadounidense. La escuela de Columbia (Merton, Reader y Kendall, 1958) y la escuela de Chicago (Becker et al., 1962) lideraron la investigación en esta materia. Desde entonces, varios tipos de aprendizajes fueron identificados como cruciales para los estudiantes de Medicina en su proceso de formación. Destacan entre ellos el entrenamiento para la “incertidumbre” (el estudiante debe acostumbrarse a la dificultad de diferenciar entre las limitaciones de conocimiento de la ciencia médica y sus propias limitaciones personales); el entrenamiento para la “atención distante” (el estudiante debe aprender a regular su involucramiento personal con los pacientes) (Holmes, 2011) y el entrenamiento para el “manejo de los errores y fracasos” en su práctica. Común a estos aprendizajes es el desarrollo de cierto cinismo que los estudiantes y los médicos generan con respecto a su trabajo, y en relación con otros colegas y con los pacientes (Wear et al., 2009), (Castro, 2014).

En sus observaciones, Castro (2014) se refiere a situaciones vividas por personal médico y de enfermería en la atención de pacientes obstétricas, las cuales este personal considera cómicas y se pregunta ¿cuál es el código que comparten el médico y la enfermera, que les permite interpretar y celebrar como “cómica” una situación en la que el centro de las risas es la mujer en pleno trabajo de parto y vivencia del dolor? Sin duda se trata de un código relacionado con la desvinculación que, sostengo, la formación y la práctica médica en este contexto inducen y producen constantemente. Así, desde la perspectiva de un *habitus* desvinculante es posible interpretar otros “chistes” incluso más elaborados, que podrían resultar incomprensibles para quienes no pertenecen al campo en cuestión (Castro, 2014). Retomaré estos conceptos en el desarrollo de la tesis.

Así, a los y las estudiantes de Medicina, se les enseña que no se involucren emocionalmente con los pacientes. Considero el “aprender a ser distante con los pacientes” como otro ritual

de paso para los estudiantes de Medicina; porque en mi propia experiencia, el no involucrarme con mis pacientes emocionalmente, resultó ser uno de los aspectos más complicados en la práctica médica. Poco a poco, esto origina una falta de comunicación con ellos y con los familiares; considero que la falta de tiempo para dirigirse al familiar de un paciente y comunicarle cómo se encuentra es el origen de muchas demandas legales que actualmente vive el gremio médico.

Sin embargo, aunque este tipo de enseñanzas son predominantes en la formación en Medicina, son los y las alumnas quienes ejercen su agencia y las adoptan comúnmente o de manera parcializada y/o circunstancial o de plano, no las adoptan; son ellos que proponen cómo desean actuar en el medio hospitalario. Un ejemplo de lo anterior, es el caso de una alumna de tercer año, quien, cuando presencié el trabajo de parto de una mujer en un Centro de Salud durante un campo clínico, estableció una relación empática y cercana con la mujer, la tomó de la mano y la apoyó, posicionándose a su lado sin pensar siquiera que, como médica en formación, se esperaba de ella que se enfocara en ver directamente el nacimiento del bebé, posicionándose de frente a la mujer, y colocando su atención y mirada en los órganos genitales:

Entonces me tocó quedarme con ella, le teníamos que medir las contracciones y todo y, pues, como que la señora agarró mucha confianza conmigo, que no me soltó en ningún momento. De hecho, me tocó ver el parto atrás (risas), junto con ella, dándole la mano porque no me soltó para nada; fue como “no, no me sueltes, no me sueltes”. Y, pues, más que nada la apoyé en ese momento en... moral (risas). (Ana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Este ejemplo me hace plantear la hipótesis de que el *habitus* médico autoritario que plantea Castro no se desarrolla propiamente en los primeros años de formación en la Fac. Med. UABJO, sino tal vez pueda desarrollarse después, en el enfrentamiento de los estudiantes al internado de pregrado ó tal vez pueda no desarrollarse como tal o no desarrollarse siempre como tal. Es así como, para el abordaje de la educación médica en la Fac. Med. UABJO, me resulta pertinente el uso del concepto de identidad, en vez del de *habitus*.

Los alumnos de la Fac. Med. UABJO desarrollan una identidad médica, a partir de sus diversas experiencias significativas de vida y sus rupturas biográficas, cruzadas por el género, la etnia- raza y la clase social, como tecnologías del yo (Foucault, 1996) que adoptan y resignifican, como una preparación a priori, para poder vivir y enfrentar “algo peor” durante su ejercicio como médicos. Posiblemente, desarrollen características desvinculantes desde los primeros meses de formación, ya que aprenden a separar al ser humano y cosificarlo en órganos y sistemas.

En el desarrollo de la identidad profesional propia existen además jerarquías entre estudiantes, marcadas por aspirar a poseer un “conocimiento médico” incremental. Demostrar que se tiene el conocimiento a través de diversas estrategias resulta una tarea crucial. El alumno o alumna con más reconocimiento y prestigio es aquel o aquella que sabe más y todos aspiran a llegar a ese punto desarrollando sus propias estrategias, las cuales varían según las características y las posibilidades de cada uno y que incluyen, entre otras, obtener los libros costosos en impreso, de manera gratuita en formato PDF, en el caso de no contar con el recurso económico para adquirirlos, o prestarse entre ellos el material, que en ocasiones resulta difícil adquirir, tal como los estuches de exploración y los estetoscopios.

Finalmente, todos experimentan en sus realidades encarnadas las “tecnologías del yo” como ayunos, desvelos, tiempos de esparcimiento nulos o muy constreñidos; y varios experimentan además cambios de entorno familiar y cambios de ciudad; todos, para lograr el bien mayor que la Escuela de Medicina les vende como el más preciado: “el ser médicos”, mismo que se encuentra ligado en la representación social compartida a la obtención futura de un estatus social alto, el prestigio reconocido y un elevado ingreso económico. Aunque en la realidad, el futuro no será así para la mayoría de ellos, puesto que sólo un porcentaje minoritario accederá al cumplimiento de la aspiración última de casi todo estudiante de medicina hoy en día: la especialización médica. El resto permanecerá ejerciendo la medicina general, la cual actualmente se encuentra subvalorada y desprestigiada; además de que no garantiza trabajo seguro, ni altos ingresos.

La construcción sociohistórica de la profesión médica y del desarrollo de la Medicina como ciencia y como práctica profesional

La historia de la Medicina y su estrecha relación con la educación médica en México, se pueden abordar a partir de cuatro transformaciones evidentes a lo largo del tiempo: la transformación científica, la tecnológica, la social y la económica (Pérez Tamayo, 2016).

El pensamiento biomédico ha migrado entre diferentes concepciones de la enfermedad. En el mundo occidental y hasta antes de la medicina presocrática en Grecia, la enfermedad se concebía desde un pensamiento mágico-religioso para el cual la enfermedad era un fenómeno sobrenatural causado por la pérdida del alma o un castigo divino. Para la medicina presocrática la enfermedad empezó a ser vista como un fenómeno natural que no se relacionaba con la divinidad. Entonces, al emerger la escuela hipocrática se planteó que la enfermedad era el desequilibrio de los cuatro humores del cuerpo ocasionado por causas

externas. La teoría de los humores dominó el pensamiento médico durante el siguiente milenio (Pérez Tamayo, 2016).

Después del colapso del imperio romano y al surgir la iglesia católica como autoridad hegemónica en Europa occidental, se recuperó la idea de la enfermedad como un castigo divino, conservándose la teoría hipocrática de los humores; se estableció entonces, una división entre la causa subyacente y los mecanismos de desarrollo de la enfermedad. Por los siguientes catorce siglos de la historia de la Medicina, las causas de las enfermedades fueron sobrenaturales y los mecanismos seguían siendo desequilibrios de los humores del cuerpo (*Idem*).

Fue hasta el siglo XVI que apareció la figura de Galeno y con él lo que se ha considerado como el nacimiento de la medicina científica. En 1543, con el tratado “*Humanis Corpori Fabrica*” escrito por Andrés Vesalio, la medicina sufrió una transformación, al introducirse la disección anatómica que permitió acercarse al empirismo y alejarse del idealismo religioso. Casi al mismo tiempo, William Harvey escribió “*Motu Cordis*”, que introdujo la fisiología experimental en el estudio de la realidad (*Idem*).

Hasta finales del siglo XVIII, la medicina se valió sólo de los sentidos del médico para el estudio de las enfermedades. Sin embargo, a partir de 1816, con la invención del estetoscopio por Laennec, la medicina sufre una transformación tecnológica, por la que la relación médico-paciente cambia, ya que se interpone un instrumento entre ellos; los datos que el médico obtiene no tienen intervención subjetiva por parte del paciente y existe un incremento en la confianza en los datos obtenidos por los instrumentos de exploración (*Idem*).

En cuanto a su transformación social, hasta el siglo XVI la medicina se practicaba de forma privada, ya sea en el consultorio del médico o en la casa del paciente; existían a la par asilos para enfermos sin recursos... A partir del siglo XVIII, debido a la Revolución Industrial, crecen las aglomeraciones urbanas y con ellas surgieron los hospitales en Europa y en el “Nuevo Mundo”; éstos incrementaron el número y cantidad de personas atendidas a raíz de la urbanización. Los hospitales eran mantenidos entonces por la caridad pública (*Idem*).

En el siglo XIX, la medicina entró en una etapa de pleno desarrollo científico, tecnológico y económico en Europa, América del Norte y América Latina. Los médicos se plantearon entonces un nuevo dilema: la consolidación de la profesión médica y el establecimiento de las bases de la educación médica. Este proceso de profesionalización e institucionalización de la medicina se ha abordado principalmente desde dos perspectivas, la europea y la

estadounidense. Como antecedente en común a ambas, el médico antes del siglo XVIII era un personaje que practicaba la medicina por afinidad, que pertenecía a diversos estratos sociales y que no poseía conocimientos técnicos suficientes; era practicante y autodidacta (Starr, 1982). Una pregunta obligada tiene que ver con ¿cómo pasó la medicina de ser una actividad sin renombre a una actividad con un estatus social prestigioso? La literatura apunta a que el desarrollo de la autoridad médica como poseedora de saberes especializados pero también como práctica social reconocida, fue fundamental para que la profesión médica adquiriera una posición social elevada.

Para el caso de Estados Unidos, Starr (1982) analiza el establecimiento de la soberanía de la profesión médica, la cual consistió en un arreglo histórico y estructural que tuvo lugar en amplios campos de poder otorgado por las fundaciones privadas, ya que éstas tuvieron un papel preponderante en el financiamiento de las escuelas de medicina y la investigación científica y clínica en Estados Unidos. Para este autor, el concepto de “autoridad médica” incorpora la legitimidad y la dependencia por parte del paciente, como fuentes efectivas de control y de saberes científicos hegemónicos. Una de las facetas de la autoridad médica es la autoridad cultural que se refiere a los juicios de valor que prevalecen y son considerados como válidos y verdaderos en la práctica médica. La autoridad cultural se expresa, por ejemplo, en la consulta médica. El paciente requiere respuestas para su padecimiento y el médico, a partir de sus saberes especializados, ejerce autoridad para interpretar signos y síntomas, para diagnosticar salud y enfermedad, así como para dar un pronóstico (*Idem*).

En el siglo XIX, la comunidad médica de Estados Unidos era muy heterogénea, la mayoría de los médicos tenía un ingreso económico inseguro. Había médicos de clase alta para poblaciones de élite y médicos de clases inferiores para el resto de los pacientes. Parte de la consolidación profesional médica pasó por homogeneizar la clase social del gremio médico, lo que le permitió a la práctica de la medicina “ser una condición suficiente para tener una posición social elevada” (*Ibidem*: 82).

En cuanto al estatus, el médico era un varón profesional en el siglo XIX. Sin importar su ingreso económico, tenía mayor estatus comparado con otros trabajadores. El estatus estaba dado también en su relación con su clientela y dado que los médicos muchas veces provenían de estratos sociales medios y bajos, se veían obligados a fingir ante los demás una posición económica que no necesariamente tenían, para mantener así socialmente ese estatus:

Por un lado, los médicos sentían la necesidad de mantener una imagen de cultivados, respetables, profesionales; por el otro, la realidad era que muchos médicos tenían poca educación y frecuentemente cuando empezaban su práctica profesional difícilmente se

podían mantener a sí mismos. Ante las presiones económicas, los médicos americanos se vieron obligados a realizar otros trabajos como farmacéuticos o parteros, que sus contrapartes europeas no podían hacer por dignidad (*Ibidem*: 85).

Para Estados Unidos, la legitimación de la autoridad profesional médica involucró tres objetivos principales: primero, que el conocimiento y competencia del profesional fueran validados por una comunidad de sus colegas; segundo, que el conocimiento validado consensualmente descansara en bases científicas y racionales; y tercero, que el juicio profesional enfatizara el valor de la salud (*Ibidem*: 15). De este modo, el establecimiento de la autoridad médica en ese país se llevó a cabo mediante los mecanismos de legitimación y dependencia; la educación estandarizada y las licencias a las que los profesionales se vieron sometidos formaron parte de los mecanismos de legitimación de la medicina. A partir del siglo XIX funcionaron como mecanismos de dependencia el incremento de la hospitalización de los pacientes, el establecimiento de las aseguradoras y la función de control de los medicamentos (Starr, 1982).

En el caso de Europa, durante el siglo XVIII, Francia vivió un proceso de masificación de pacientes en los hospitales, debido principalmente a la migración de las zonas rurales a las urbanas, pero también debido a las guerras continuas. Fue necesario entonces que los hospitales, además de tratar a la población, incrementaran su labor, tratando a los soldados durante las campañas militares. Posteriormente, se logró llegar a consensos internos entre médicos afamados para homogeneizar la práctica de la medicina, así como establecer los años necesarios para aprender y establecer una buena práctica médica (Foucault, 1966).

En ese mismo sentido, en Francia los hospitales saturados con personas de escasos recursos y dañadas por las guerras, funcionaron como el escenario para el aprendizaje de los nuevos médicos. Fue en ese contexto cuando el enfermo se convirtió en una fuente de información, aprendizaje o hasta “espectáculo” visual, a partir del cual se aprendía a observar y nombrar las enfermedades. El síntoma relatado por el paciente se convirtió en signo clínico objetivo y se describió de manera estricta en los escritos médicos para consolidar el saber y transmitirlo a los nuevos estudiantes (*Idem*).

En Europa, la educación médica en el siglo XX se vio influida por las demandas de la Segunda Guerra Mundial. Las escuelas de Medicina de Inglaterra incrementaron el ingreso de sus estudiantes; las mujeres fueron admitidas para aumentar el número de egresados médicos necesarios para el conflicto armado. Por otro lado, los hospitales de enseñanza se convirtieron en hospitales del estado en 1948, de manera que era éste el encargado del

entrenamiento medio y básico de los médicos. Este hecho marca una diferencia con Estados Unidos, ya que ahí la educación médica era financiada por el capital privado (Bynum, 2006: 460).

En México, la educación médica a finales del siglo XIX se impartía en las escuelas fundadas en la colonia, cómo la Escuela Nacional de Medicina en la ciudad de México, y la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara; después les siguieron las Escuelas de Medicina de Oaxaca (fundada en 1832), Morelia, Mérida, Puebla, Nuevo León, San Luis Potosí y la Escuela Médico Militar en la Ciudad de México (Viesca, 2007).

En este mismo siglo la educación médica sufrió transformaciones importantes en el país. Los hospitales incrementaron en número y las necesidades de atención médica cambiaron notablemente. Por este motivo, fue obligatorio realizar una reforma a los planes de estudio existentes para adecuarlos a las necesidades que planteaba la sociedad (*Idem*).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX los médicos mexicanos incorporaron los elementos de la clínica que consideraron adecuados para su contexto social y diseñaron un *currículum* explícito basado en la enseñanza de materias básicas, durante los primeros años de la carrera de Medicina, seguidos por materias clínicas y rotaciones dentro de los hospitales durante los últimos años (Viesca, 2007). Fue importante incorporar la práctica clínica en la educación médica, puesto que anteriormente no existía concordancia entre los conocimientos teóricos adquiridos y la enseñanza y ejercicio de la práctica clínica. Es a través de la clínica que los estudiantes obtendrían el conocimiento de lo que se consideraba el “hombre modelo”; es decir, aprendían a separar lo normal de lo patológico (Cházaro, 2002).

Por otro lado, la relación entre los servicios de salud y la educación médica en México siempre ha sido estrecha. Durante la época de estabilidad del Porfiriato, a finales del siglo XIX, se construyó el Hospital General de México, concebido como un gran hospital-escuela, que abrió sus puertas al público en los primeros años del siglo XX (Frenk, 2008).

De manera generalizada, en México y otros países, el nacimiento de la mirada clínica hizo que la enfermedad se localizara en un cuerpo al que el médico pudiera observar, de manera distante, para posteriormente clasificarlo como normal o patológico.

A principios del siglo XX, dos escuelas influenciaron la educación médica en el mundo incluyendo a México: la francesa y la alemana. La escuela francesa se caracterizaba por su gran intuición, imaginación y capacidad de relacionarse con el paciente, mientras que la escuela alemana se caracterizaba por ser más científica y distante.-La clínica mexicana fue influida por la medicina francesa a través de las enseñanzas del fisiólogo Claudio Bernard,

que introdujo el método científico en la clínica; fue a través de este método que se descartaba la presencia de verdades absolutas en medicina. Debido a esto, el método científico fue rechazado entre los médicos de la élite del Porfiriato a principios del siglo XX, ya que amenazaba la medicina dogmática dominante en ese momento (Cházaro, 2002: 78).

Durante la primera mitad del siglo XX surgen los sistemas nacionales de salud; en América Latina, particularmente los de México, Chile y Costa Rica (Pérez Tamayo, 2016), esto en resonancia con la transformación social de la medicina cuyo origen se puede ubicar en Alemania en 1863, en donde a raíz de la conformación de gremios laborales, se aprobó el seguro contra la enfermedad, estableciendo que el Estado debería de dar atención médica a todos los trabajadores organizados. En México, surgieron instituciones de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1959. Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas (1934-40) se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia y se dividieron las funciones sanitarias de aquellas propias de la asistencia médica.

Uno de los vínculos más cercanos entre el sistema de salud y la educación médica se dio en 1935, ante la escasez de médicos en zonas rurales y con el establecimiento de programas de medicina rural. Se creó entonces el servicio social en medicina, bajo la dirección de Gustavo Baz. Otro vínculo importante entre el sistema educativo médico y el sistema de salud se dio con la creación de las especialidades médicas entre 1920 y 1930. Los primeros médicos egresados como especialistas fundaron los hospitales de especialidades, tales como el Hospital Infantil de México (1943), el Instituto Nacional de Cardiología y el Instituto Nacional de Enfermedades de la Nutrición (1944), posteriormente, se construyeron grandes hospitales como el Centro Médico “La Raza” en 1954 y el Centro Médico Nacional, en 1961. De la misma época es la creación de los hospitales del ISSSTE. Debido al incremento paulatino del requerimiento de médicos en los hospitales, surgieron nuevas escuelas de Medicina en los estados del interior de la República. Simultáneamente el sistema de salud se agrupó en niveles de atención y se creó la figura del médico familiar para atender el primer nivel de atención (Graue-Wiechers, 2011).

Marco teórico

La teoría de las representaciones sociales

En esta investigación, la teoría de las representaciones sociales nos ayuda a entender cuál es o cuáles son las interpretaciones que las y los estudiantes desarrollan y, en su caso, comparten

sobre la carrera de medicina y sobre el ser médico; así como conocer si estas representaciones provienen de su propio entorno previo a su ingreso a la carrera de medicina o si se forman en el pregrado.

Una representación social es un acto del pensamiento en el cual el sujeto se relaciona con un objeto y mediante diversos mecanismos ese objeto es sustituido por un símbolo (León, 2002). El objeto queda representado simbólicamente en la mente del sujeto. A decir de Jodelet (1984), esa representación social concebida como sustituto no requiere concebir al objeto representante como una mera adecuación, pintura o copia del objeto representado. Esa representación social implica una transformación, porque en el proceso de representación, los sujetos interpretan la realidad y esa interpretación está mediada por los valores, religión, necesidades, roles sociales, y otros aspectos socioculturales. Al interpretar esa realidad, no se copia sino se transforma y se construye. Por tanto, la representación, está asociada al lenguaje y a las prácticas sociales de determinado grupo.

Para Moscovici (citado por León, 2002: 369) las representaciones sociales son sistemas cognitivos con una lógica y lenguaje propios que no representan simples opiniones, imágenes o actitudes en relación a un objeto, sino teorías y áreas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad; también las define como un sistema de valores, ideas y prácticas que funcionan para establecer un orden que les permite a los individuos orientarse y dominar un mundo material y social así como permite la comunicación entre los miembros de una comunidad ya que les da un código para el intercambio social.

Las representaciones sociales no son sólo productos mentales, sino son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales; no tienen un carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. Son definidas como maneras específicas de entender y comunicar la realidad e influyen a la vez que son determinadas por las personas a través de sus interacciones. Equivalen, en la sociedad contemporánea, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común. Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social. Su finalidad es la de transformar lo desconocido en algo familiar. Este principio de carácter motivacional tiene, en opinión de Moscovici (Moscovici en Materán, 2008), un carácter universal.

Las representaciones sociales se caracterizan de manera más genérica como entidades operativas para el entendimiento, la comunicación y la actuación cotidiana. Esto es, como conjuntos estructurados o imprecisos de nociones, creencias, imágenes, metáforas y actitudes con los que los actores definen las situaciones y llevan a cabo sus planes de acción (Jodelet, 1984). Las representaciones sociales son producidas por la experiencia en la vida cotidiana, por el sentido común; por ejemplo pueden elaborarse representaciones sociales por situaciones que afecten a las personas, como las enfermedades, etapas de la vida como adolescencia, juventud, etc. Esta última forma de concebir las representaciones sociales (conjunto de creencias, imágenes, etc.) parece ser la que más eco ha tenido en la investigación empírica en las ciencias sociales. Según León (2002), las representaciones sociales cumplen diferentes funciones que se hacen evidentes cuando comprendemos su naturaleza social, entre ellas:

- Hacer convencionales los objetos, personas y eventos que se encuentran en la vida cotidiana; otorgándole una forma definitiva, localizándolo en una categoría y estableciéndolo como modelo de cierto tipo, distinto y compartido por un grupo de personas; es decir, convertir una realidad extraña en una realidad familiar.
- Propiciar la comunicación entre las personas, comunicación que implica tantos puntos de vista compartidos como divergentes sobre diversas cuestiones.
- Promover el pensamiento colectivo y la reflexividad de los grupos siendo estos requisitos fundamentales para lo que se denomina identidad social; es decir, el conocimiento del grupo al que se pertenece.
- Justificar las decisiones y conductas que se dan en las interacciones sociales. Las representaciones son sociales por su carácter compartido, su génesis en la interacción y sus funciones (Materán, 2008; Villarroel, 2007).

Todo lo anterior, tiene relevancia para esta investigación, ya que durante la educación médica de pregrado, las y los alumnos desarrollan representaciones sociales comunes al gremio médico sobre el ser médicos y sobre sus futuros pacientes. Estas representaciones jugaran un papel importante en la manera en cómo se configurará posteriormente la relación médico-paciente que se establecerá durante su práctica profesional.

Abordajes teóricos de la educación y formación médica

Los primeros estudios que abordan la educación médica son estadounidenses y se enfocan en el proceso de socialización profesional, enfatizando que el convertirse en médico involucra más que la adquisición de habilidades técnicas y el conocimiento biológico. En este

rubro se encuentran autores como el sociólogo Merton (1958), quien utiliza un paradigma funcionalista para demostrar el modo en el que el “estudiante médico” progresivamente adopta las normas profesionales de sus maestros.

Posteriormente, Becker et al. (1962), a través de la mirada teórica del interaccionismo simbólico, describen a los estudiantes de Medicina como “*Boys in white*”, participantes activos de una cultura del estudiante, ya que aprenden a manejar eficazmente una sobrecarga de trabajo.

Durante los años 80, se incluyó una perspectiva de valores humanos como algo importante que se debería de introducir en la socialización profesional. Así, autores como Conrad (1988) reconocen a las escuelas de medicina como excelentes en la impartición de conocimientos clínicos técnicos; sin embargo, escasas en la transmisión de valores humanos a establecerse en las relaciones sociales en las que la profesión está inmersa. Conrad explicó cómo la vida del estudiante de medicina, la cual incluye muchas horas sin dormir, responsabilidad excesiva y trato cotidiano con superiores arrogantes e irreflexivos, va minando la compasión y la empatía de los médicos en formación, lo cual se refleja negativamente con los pacientes en el ejercicio futuro de la profesión; es así como el entrenamiento médico hace énfasis en intervenciones técnicas: produce médicos competentes, pero no médicos que cuiden al enfermo.

Dentro de la antropología del nacimiento, por otro lado, se dan contribuciones de autoras como Davis-Floyd (1987), quien se refiere al entrenamiento obstétrico como un rito de iniciación o de pasaje a través del cual los obstetras nuevos se socializan en el modelo tecnológico del nacimiento, los valores centrales y sistemas de creencias de la obstetricia americana.

Se ha hecho también énfasis en los cambios económicos, culturales y de la organización del sistema de salud que influyen en la educación médica en el contexto norteamericano. De este modo, autores como Light (1988) explicaron cómo el cambio curricular de la carrera de medicina hacia materias como genética, microbiología, y la creciente dependencia de los médicos hacia aparatos y estudios especializados para realizar sus diagnósticos, llevó a la medicina a un estado de crisis; se volvió una profesión cara y poco atractiva incluso para los estudiantes. Se describe cómo dentro de las instituciones educativas médicas de Estados Unidos, durante los años ochenta, existía una competencia por producir o publicar nuevas tecnologías médicas, preparando a sus egresados con el perfil de especialistas con menor pericia clínica para la resolución de problemas de salud comunes en la población. Ante este

panorama, enseñar a los estudiantes de medicina se convirtió en una tarea poco importante para los centros de investigación médica, además de ser mal pagada.

Estudios más recientes sobre la educación médica se han enfocado en entender cuál es la función ó cuáles son las funciones de la práctica médica. Autores como Neville (1997), enfatizan la educación médica como el medio con el cual se preparan profesionales para ejercer una medicina basada en la especialización y el uso de la tecnología. Cabe mencionar a este respecto que, para estudiantes como los de la Fac. Med. UABJO que egresan de la facultad para realizar el internado de pregrado en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso y después egresan del internado hacia el servicio social comunitario, lo anterior significa el enfrentamiento a un medio de trabajo en donde existe escasa o nula tecnología, lo cual representa, en muchos casos, un choque con sus expectativas previas, ante lo que necesitan adaptarse, no siempre con éxito.

A partir del año 2000, se ha estudiado desde un abordaje antropológico la educación médica incluyendo el concepto de “*curriculum* oculto” el cual abarca las influencias que funcionan en el nivel de la estructura organizacional y de la cultura contextual que comprenden reglas implícitas para sobrevivir a la institución, como costumbres, rituales y aspectos que se dan por hecho y no son valorados; en estos estudios se da voz a las emociones de los estudiantes también. Autoras como Davenport (2000) se preguntan qué es lo que los estudiantes de medicina aprenden a ver en su encuentro con los pacientes y qué es lo que pasa cuando el proceso enseñanza-aprendizaje se lleva a cabo en un lugar diferente a los hospitales, como una clínica de atención gratuita para las personas sin hogar, en el contexto de Estados Unidos. Siguiendo a Foucault, la autora explica cómo en el siglo XIX a través del nacimiento de la “mirada clínica” en la educación médica, el acercamiento inicial de los médicos a sus pacientes cambió radicalmente, pues el dolor presentaba una localización anatómica específica. En su análisis etnográfico sobre los estudiantes de medicina que laboran en clínicas públicas, la autora incluye el concepto de reflectividad social, el cual se refiere a la actitud de mostrar escrutinio y revisión de las creencias y prácticas sociales de los pacientes, así como de ellos mismos como estudiantes de medicina en formación durante la práctica clínica (Davenport, 2000).

Por su parte Lempp (2004) estudió el punto de vista de los estudiantes ingleses sobre la calidad de la enseñanza que reciben en sus años de entrenamiento, especialmente en términos de *curriculum* oculto; señala que, dentro de las reformas de la educación médica en Inglaterra, poco se ha hecho sobre este aspecto de la enseñanza-aprendizaje. Dentro del *curriculum* oculto, el autor ha identificado algunos procesos de aprendizaje en la educación médica:

adopción de la identidad profesional ritualizada, neutralización emocional, cambio de la integridad ética, aceptación de la jerarquía y aprendizaje de aspectos menos formales de “cómo ser un buen doctor”. A través de su narrativa, describe cómo el concepto de jerarquía se aprende a través de la humillación y el maltrato y cómo los estudiantes sienten que en la carrera de medicina se aprende más a través de la competencia, que a través de la cooperación. Uno de los puntos que Lempp (2004) discute, y me parece importante, es el hecho de que en Inglaterra no existe un control riguroso de la enseñanza en la clínica y que, para la mayoría de los médicos, la enseñanza en pregrado es una actividad de poco valor debido a los sueldos bajos y pocos estímulos. Además, pocos médicos que ejercen como docentes se han preparado en métodos pedagógicos de enseñanza.

Para Mahood (2011), el *curriculum* oculto consiste también en denigrar el papel de la Medicina Familiar y enaltecer la especialización médica. En las escuelas de medicina canadienses se habla de la importancia del nivel primario de atención, pero se sigue denigrando la Medicina General. Mahood (2011) menciona “la erosión de la empatía” y la “derrota de la virtud”; es decir, los estudiantes escuchan que sus profesores se refieren a sus pacientes de manera despectiva, son testigos de una conducta no ética por otros miembros del equipo médico, se sienten mal o culpables sobre acciones que realizaron en el campo clínico tales como “maquillar los signos vitales” en los expedientes clínicos, ignorar la contaminación en un procedimiento quirúrgico, retener los resultados de los pacientes o hacer procedimientos innecesarios, solo por adquirir experiencia. En resumen, para Mahood (2011) lo que tiene valor para la vida práctica médica no son los valores profesionales o el cuidado del paciente sino ser competente, tal y como es requerido por la estructura jerárquica.

Por otro lado, Murakami (2009) explica que se han realizado reformas a la enseñanza de la medicina en Japón y cómo el *curriculum* oculto se manifiesta en los estudiantes. Para ella existe una discordancia entre lo que el *curriculum* formal intenta enseñar a los estudiantes y lo que los estudiantes perciben que aprenden del *curriculum* oculto. Esta autora ejemplifica esta discordancia en la ceremonia de la bata blanca que originalmente simbolizaba el sentido de compasión y humildad de los estudiantes; sin embargo, sirve ahora para establecer las jerarquías dentro del personal de salud y los privilegios sociales adquiridos por los médicos.

En Japón los efectos del *curriculum* oculto en los estudiantes de Medicina son similares a los observados en otros países desarrollados; esto es una situación curiosa debido a que Japón adoptó los principios pedagógicos de Confucio de China y la medicina occidental con el modelo alemán de la medicina del siglo XIX, este sería un escenario en donde no se esperaría una contradicción entre las enseñanzas de los profesores y lo que los alumnos perciben

dentro del *currículum* oculto. Murakami (2009) encontró también dentro de los estudiantes japoneses un sentimiento de que la enseñanza tiene poco valor para los profesores; en cuanto a las humillaciones recibidas durante las guardias, éstas se reportan más frecuentes entre mujeres.

En América Latina, autores como Pinzón (2008) señalan que en la historia de la educación médica se pueden distinguir dos paradigmas: el flexneriano y el crítico. En el paradigma flexneriano, la propuesta pedagógica gira alrededor del papel del médico en el tratamiento de la enfermedad, colocando como punto central la dimensión biológica de ésta y la atención del individuo basada en la “departamentalización” o territorialidad del conocimiento y la especialización de la práctica médica.

En cuanto al paradigma crítico, Pinzón (2008) sostiene que se caracteriza por reconocer los factores políticos, económicos y sociales como determinantes en la constitución de las formas de estratificación social de los procesos salud-enfermedad. Dentro de este paradigma surge el enfoque social de la medicina, que a partir de los años 70 se hizo evidente en las experiencias mexicanas como el Programa de Medicina Experimental A-36, las Escuelas Nacionales de Estudios Profesionales Zaragoza e Iztacala, la Universidad Autónoma Metropolitana - Unidad Xochimilco, el Centro Interdisciplinario de Ciencias de la Salud del IPN y la Facultad de Medicina de Guadalajara.

Por otro lado, hacia la primera década del siglo XXI surgieron estudios que hablan sobre la necesidad de un nuevo enfoque y una reforma en la educación médica. Para autores como Holmes (2011), la educación médica de hoy debe ser analizada dándole énfasis al multiculturalismo, la salud global, la disparidad en salud, y las vulnerabilidades estructurales de las que padecen los pacientes, así como tomando en cuenta la producción de subjetividades clínicas.

Morán-Barrios (2013) plantea, desde España, que “la Formación Basada en Competencias (FBC)” es el camino a seguir para dar una respuesta a los retos sociosanitarios actuales. El autor explica la necesidad de un cambio en el modelo médico actual, plantea que existe una discordancia entre el profesional médico, el sistema sanitario y el ciudadano. La discordancia entre estos tres elementos queda inmersa en un mundo globalizado con características que lo complejizan aún más, como el aumento de la migración en la población y la desigualdad en el reparto de la riqueza, que brindan a la sociedad una imagen de inestabilidad constante. Para este autor, en los últimos 20 años, el mercado y los medios de comunicación han condicionado los sistemas educativos y sanitarios a través del control que ejercen sobre los

ciudadanos y, a través de la influencia sobre su percepción de los procesos salud-enfermedad. Morán–Barrios (2013) sostiene que la reforma a la educación médica se alcanzará pasando de una educación centrada en la enfermedad, a una basada en una visión holística y sistémica de los pacientes. Sin embargo, las reformas educativas se han quedado solo en proyectos, aun si han existido casos concretos de reformas aplicadas a la educación médica, como el proyecto *Educating Future Physicians for Ontario* (EFPO), en Canadá, donde fue crucial escuchar la opinión de los pacientes para redefinir el perfil profesional.

El “movimiento de las competencias” fue impulsado en Estados Unidos por David McClellan, quien señaló que para predecir un desempeño altamente satisfactorio como médico era necesario ir más allá de los conocimientos y habilidades obtenidos durante la carrera; reconociendo que los sentimientos, creencias, valores, aptitudes y comportamientos influyen en lo que se enseña y en el futuro buen desempeño del médico.

En años recientes el sociólogo médico Roberto Castro (2014) propuso abordar la educación médica desde el concepto de *habitus* médico autoritario, retomado de Bourdieu y reconfigurado por este autor en referencia al campo social de la Medicina. Para este autor:

El *habitus* es el conjunto de enseñanzas, mensajes, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etc.) que los estudiantes de Medicina y los médicos viven en carne propia ó atestiguan de cerca durante los años de formación. Se trata de tecnologías del yo porque constituyen prácticas pautadas, a través de las cuales, el campo médico se legitima y se reproduce (pp. 173).

A diferencia de los estudios hechos por Castro, fundamentalmente centrados en etapas posteriores de la formación médica como durante las residencias para la especialidad, en los que no se involucra explícitamente la interseccionalidad entre el género, la raza-etnicidad, clase social y posturas políticas de los estudiantes; esta investigación sobre la educación médica pretende estudiar la conformación de la identidad profesional médica durante la formación de pregrado y dentro de los procesos enseñanza-aprendizaje de la medicina, dando su lugar a los perfiles identitarios diversos de los estudiantes y tomando en cuenta la estructura y dinámicas institucionales y de formación en la Fac. Med. UABJO.

Siguiendo a Castro, el *habitus* médico se forma durante los años de educación médica, sobre todo a partir del *curriculum* oculto. El *curriculum* oculto lo podemos definir como el conjunto de normas, costumbres, creencias, lenguajes y símbolos que se manifiestan en la estructura y el funcionamiento de la institución. Es todo aquello que en la escuela sí se ve y sí se oye, pero que se transmite de manera inconsciente, al menos sin una intencionalidad reconocida, lo

que no está públicamente reconocido, aquello que puede hallarse en contradicción o bien reforzar las intenciones del *curriculum* oficial.

Para Castro (2014), el *curriculum* oculto en la formación del *habitus* médico se basa principalmente en tres aspectos: el castigo, el pase de visita diario en el hospital y el disciplinamiento de género. El castigo parece ser relevante en la formación de pregrado desde los primeros semestres de la carrera, ya que los estudiantes de medicina perciben la centralidad del castigo como recurso mediante el cual se les forma. A través de la dinámica de los castigos, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él, se aprende, por una parte, que hay jerarquías y superiores que pueden, en todo momento, remarcar su condición de tales; por otra, se aprende que no es posible sustraerse a esta forma de proceder; no digamos, por supuesto, tratando de desafiar a un superior, sino incluso cuando se aspira a no replicar el maltrato que se ha sufrido en carne propia sobre los residentes que están a cargo de uno (Castro, 2014). En los siguientes capítulos se hará referencia a algunos de estos dispositivos disciplinarios en el contexto de la formación en la Fac. Med. UABJO.

Una forma de establecer el orden de las jerarquías dentro de la Fac. Med. UABJO se observa desde las primeras clases, en donde los alumnos únicamente se dirigen al docente como “doctor” o “de usted”; desde la Escuela de Medicina se aprende que él que da la clase, ya sea un instructor estudiante, o un profesor titular, tiene mayor “rango” que el estudiante mismo. Ya en el medio hospitalario, se habla de usted a los adscritos y residentes, incluso a un MIP (Médico Interno de Pregrado) de mayor antigüedad en el servicio. Encontré jerarquías y reproducción social de las mismas, pero no encontré que el castigo como tal esté muy presente durante la formación en la Fac. Med. UABJO.

En cuanto al disciplinamiento de género, para Castro (2014) desde los primeros años en las facultades de Medicina suelen presentarse agresiones contra las mujeres, que deben superar si de verdad aspiran a convertirse en médicas. Para este autor, abundan los ejemplos: el del profesor que al entrar a clase les preguntaba a las mujeres qué estaban haciendo ahí, si deberían estar vendiendo verdura en el mercado; el de aquel otro que mandaba a las mujeres a sentarse en la parte posterior del salón y sólo permitía que se sentaran al frente a aquellas que estuvieran dispuestas a “enseñar pierna”; el de aquella mujer que, gracias a sus altas calificaciones, había ganado ya la exención de un examen, cuando fue obligada a pasar al frente del salón para que el maestro pudiera “admirar su figura”. Al negarse a hacerlo, fue

obligada a presentar examen. Durante mi trabajo de campo y con ayuda de las entrevistas realizadas pude observar que este último dispositivo, sí está presente en la Fac. Med. UABJO.

Finalmente es de relevancia mencionar el trabajo de Apker (2004) sobre la formación de la identidad profesional médica durante las entregas de guardia matutinas hospitalarias, el cual define la identidad profesional médica como un proceso de socialización que se construye desde los estudios de pregrado, en el cual se transmite una ideología hegemónica del **saber** y del **ser** médico, centrados en un sistema de valores, actitudes, prácticas y creencias específicos de este campo de formación. Junto con este autor, antropólogos médicos estadounidenses y latinoamericanos han llegado a definir cuáles son algunos de esos valores, actitudes y prácticas que caracterizan la enseñanza de la medicina y su práctica profesional: la idea de la eficacia pragmática de la biomedicina, la superioridad del conocimiento clínico sobre otros saberes legos, la objetividad y la racionalidad científica como bases del saber médico, una visión mecanicista del cuerpo y de la enfermedad, la escisión entre emociones y corporalidad, el aprendizaje y utilización de un lenguaje técnico exclusivo de la profesión, el establecimiento de una relación jerárquica y asimétrica con los pacientes, y un creciente fetichismo hacia la tecnología, entre otros (Apker, 2004; Good y Good, 1989; Menéndez 1992; Lupton, 1994). A lo anterior, se añade la identificación del **ser** médico con un alto capital simbólico (Bourdieu, 2007), asociado a un estatus social elevado y a una idea de la profesión masculinizada.

Abordajes teóricos de la socialización del adulto

Para este estudio es importante abordar las teorías de la socialización en los procesos de formación profesional, ya que puede develar aspectos importantes de la construcción de la identidad profesional médica.

El proceso de socialización ha sido reconocido generalmente como la dimensión clave en el estudio de las profesiones. Por lo tanto, un estudiante entrenando para una carrera en especial alcanza no sólo el conocimiento y las habilidades del campo, sino al mismo tiempo es adoctrinado con un conjunto de actitudes, las cuales son también muy necesarias para llevar a cabo su rol profesional adecuadamente. Desde la sociología funcionalista, Merton definió este proceso para los estudiantes de medicina como aquél en el cual están comprometidos en aprender el rol profesional del médico, combinando conocimiento, habilidades y actitudes mientras se le motiva para ser capaz de ejecutar este rol en una forma aceptable social y profesionalmente (Reissman, 1960).

En *Boys in White* (Levinson, 1967) se describe la relación entre educación médica y la teoría de la socialización del adulto. La teoría de la socialización parte de la premisa de que los cambios más significativos forjados en el estudiante de medicina son relativamente los más duraderos, ya que van a ejercer una influencia apreciable en su desarrollo profesional posterior, aunque pueden ser modificados en el proceso. La experiencia de la socialización trae cambios en ciertas características personales que afectan la carrera del estudiante de medicina y su experiencia como estudiante parece ser una preparación para el rol médico subsecuente. En la socialización, el estudiante está en la escuela para prepararse para desarrollar su rol en la vida profesional, adquiriendo conocimientos y autodesarrollo para propósitos que emergerán después. El estudiante de medicina es parte de una organización a la que se adapta y en la que cumple sus funciones diarias como un trabajador. Hace labores para él y para mantener la organización y esto varía de persona a persona (Levinson, 1967). *Boys in White* fue pionera dentro de la investigación de la educación médica, analizando el proceso de socialización profesional mediante el interaccionismo simbólico. Algunos interaccionistas simbólicos como Blumer (1969) enumeraron los principios básicos de la teoría, que son los siguientes:

- 1.-A diferencia de los animales inferiores, los seres humanos están dotados de capacidad de pensamiento.
- 2.-La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.
- 3.-En la interacción social, las personas aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento distintivamente humana.
- 4.-Los significados y los símbolos permiten a las personas actuar e interactuar de una manera distintivamente humana.
- 5.-Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación de la situación.
- 6.-Las personas son capaces de introducir estas modificaciones y alteraciones debido, en parte, a su capacidad para interactuar consigo mismas, lo que les permite examinar los posibles cursos de acción, y valorar sus ventajas y desventajas relativas para luego elegir uno.
- 7.-Las pautas entrelazadas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades.

Las personas están dotadas de una capacidad general de pensamiento. Esta capacidad se configura y refina mediante el proceso de la interacción social. Esta idea lleva al interaccionista simbólico a centrarse en una forma específica de interacción social: la socialización.

La capacidad humana de pensar se desarrolla en el proceso de socialización de la primera infancia y se va refinando durante la socialización adulta. Los interaccionistas simbólicos tienen un concepto de socialización que difiere al de muchos otros sociólogos. Para los interaccionistas simbólicos la socialización es un proceso más dinámico que permite a las personas desarrollar la capacidad de pensar de una manera distintivamente humana. Además la socialización no constituye un proceso unidireccional en el que el actor recibe información; se trata de un proceso dinámico en el que el actor da forma y adapta la información a sus propias necesidades (Manís y Meltzer, 1978).

La pregunta principal en el estudio de *Boys in White* fue si los sentimientos fuertes, fantasías y procesos psicodinámicos influyen el proceso de socialización de los estudiantes de medicina. En particular, el autor analiza una de las experiencias clave en la vida de estos estudiantes: la primera disección anatómica de un cadáver. Se explica cómo los estudiantes reaccionan primero con un malestar físico inicial y cómo rápidamente se recuperan para enfrentar esta situación con sentimientos “apropiados” para la profesión médica, en la búsqueda por la competencia técnica o por obtener buenas calificaciones. Levinson (1967) se plantea si este tipo de experiencias en las que se viven sentimientos fuertes puede influir en el curso y el resultado del proceso de socialización. Se describe el caso de una estudiante, quien después de la primera clase de disección presentaba sueños recurrentes en los que se mostraba a ella misma siendo un nervio del cadáver que estaba diseccionando y cómo sentía angustia al sentir que iba a ser cortada.

El autor le da importancia a la fantasía representada en el sueño, en el que propone que la estudiante esconde su sentimiento de profunda agresividad. Al referirse al sueño relata:

¿Quién es el disector? Es posible que ella se viera a sí misma y a sus compañeros como objetos de asesinato por un “profesor hábil en disección”, y que ella experimente que es la más indefensa porque no siente apoyo de los demás estudiantes. Si es así, ¿qué tiene que ver esto con el carácter psicosocial de la enseñanza médica y con sus características de personalidad duraderas? ¿Y cómo se relaciona esto con la futura actuación médica? (Levinson, 1967:255).

Levinson (1967) distingue dos procesos dentro de la socialización en la educación médica: primero, un ajuste situacional; es decir, la actitud de los estudiantes cambia en función directa de los requerimientos de la situación. El segundo es un compromiso del estudiante con la profesión médica, que involucra cierto apego personal a actividades, esto confiere cierta estabilidad en el comportamiento frente a diferentes situaciones. *Boys in White* abre además otras interrogantes, como por ejemplo: ¿Cuáles son los cambios duraderos, profesionalmente

relevantes, que los estudiantes viven bajo las condiciones de socialización ecológica, estructural y/o procesual durante la formación?

Autores que han estudiado la formación de la identidad personal han hecho hincapié en que ésta se adquiere básicamente a través de los procesos de socialización, en los cuales el individuo asume la estructura social legitimada. El psicoanalista Erikson (1993), en ese sentido, indicaba que es a través de la socialización que el individuo se introducía a la realidad objetiva de su grupo social. Berger y Luckmann (1968) por su parte, mencionan que los procesos de socialización significan “la inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de él”. En estos procesos, las estructuras objetivadas son aprehendidas subjetivamente por medio de la socialización primaria, la que se lleva a cabo en el núcleo familiar, y la secundaria, es decir, la que se lleva a cabo en las instituciones de educación.

Es importante señalar que el proceso de socialización transcurre durante toda la vida del individuo. No obstante, se mantiene una distinción conceptual de dos etapas de socialización: una etapa primaria y una secundaria. De acuerdo con Berger y Luckmann (1968), la socialización primaria corresponde a la introducción del individuo en la sociedad, es decir a la internalización por parte del sujeto de un “mundo objetivo” social construido por “otros significativos” encargados de su socialización (Simkin, 2013). Generalmente, se suele dar a la familia el papel de agente socializador primario, de manera prácticamente exclusiva. La socialización secundaria se constituye en los procesos que introducen al individuo en nuevos roles y contextos de su sociedad, incluyendo particularmente a los “submundos institucionales” dependientes de la estructura social y la división del trabajo (Berger y Luckmann, 1968).

Lahire (2007) afirma que en la sociedad moderna se viven tiempos de socializaciones múltiples y complejas, en las cuales se suelen sentir las influencias conjuntas de diversos agentes. Tal escenario obliga a repensar a los jóvenes en múltiples contextos interdependientes en los que se configuran y constituyen sus disposiciones mentales y comportamentales. Sin embargo, conviene resaltar que pudiera ser una adecuación del concepto de socialización a una nueva imagen de la sociedad.

El proceso de socialización impacta de manera distinta en cada individuo en la medida que cada persona asimila estos contenidos y patrones de comportamientos de acuerdo a su trayectoria diferencial tanto a nivel personal e interpersonal-grupal como sociocultural

(Sánchez–Hurtado, 2001). En este sentido, se suele entender a la individuación como un proceso complementario de la socialización que comprende la formación de la identidad. Así entendido, el proceso de socialización es el resultado de la interacción de factores individuales, grupales y sociales.

La internalización de dichas estructuras sólo es posible observarla cuando los individuos llegan a identificarse como parte de una sociedad y, por eso mismo, pueden adoptar los diversos roles y papeles socialmente aceptados. La teoría de la socialización parte de la premisa de que los cambios más significativos en los estudiantes de medicina son los que durarán más tiempo y que ejercerán una influencia en su desarrollo profesional posterior. Mientras el estudiante de medicina se adapta a la escuela y alcanza su propio desarrollo, muchos aspectos de su propia personalidad son activados. De este modo, ser un estudiante de medicina no es solamente estudiar y ser instruido; “es participar en la vida de un mundo elaborado, y curiosamente especializado”(Levinson, 1967: 260). En el proceso de socialización de estos estudiantes participan aspectos “externos” (socioculturales) e “internos” (de la personalidad). Dentro de los aspectos externos se encuentran las situaciones concretas, como el laboratorio y juntas escolares, así como la cultura, estructura social y objetivos educativos de la institución.

Durante los años de la licenciatura en Medicina, se desarrollan aptitudes y actitudes requeridas dependiendo de las situaciones que se presentan para los estudiantes, así mismo se construyen o reconstruyen sus propias representaciones sociales sobre la medicina. . Algunas de estas aptitudes y actitudes quedan inscritas en la personalidad como cambios a largo plazo. Dichos rasgos de personalidad se desarrollan también en respuesta al ambiente externo del estudiante.

En relación al ambiente externo de los estudiantes de la UABJO para mí fue importante indagar, entre otros aspectos, sobre la participación de los estudiantes en los movimientos sociales y políticos que afectan la vida diaria de la escuela como las huelgas y cambios de directivos que modifican el mapa curricular, movimientos que aun si no tienen ningún efecto sobre el enfoque biologicista de la enseñanza en la Fac.Med. UABJO, sí me han hecho preguntarme si podrían relacionarse con los perfiles identitarios e influir en las actitudes ideológicas de algunos estudiantes.

La construcción de la identidad social de los médicos y médicas en formación

Para Giménez (citado por Lizama, 2002), el concepto de identidad se relaciona al de representaciones sociales. Como ya se mencionó, las representaciones sociales se refieren a formas o modalidades de conocimiento social mediante las cuales las personas interpretamos y pensamos nuestra realidad cotidiana. De manera que las representaciones pueden ser imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver (Jodelet, 1986).

En el campo de la formación en medicina, es conveniente reflexionar acerca de cuál es el origen de la representación social actual del médico. Los estudiantes de medicina y los médicos forman un grupo social que comparte una identidad social; es decir, elementos compartidos en el proceso de formación médica, como ciertos conocimientos, el lugar donde conviven y las historias que comparten durante la formación.-mantienen, como grupo social, un sentimiento de unión que les permite considerar, que a pesar de poseer diferencias, son idénticos entre sí por compartir elementos que para ellos poseen un mismo significado y un mismo valor (Habermas, citado en Lizama, 2002).

Las personas se conducen en la interacción definiendo a los actores sociales con los cuales están en contacto, y confían en que éstos se comporten según lo que se espera de ellos, de acuerdo a las conceptualizaciones previas que se poseen. De esta forma, se exige que el actor social sea idéntico consigo mismo, no sólo en términos actuales, sino también históricos (Giménez citado en Lizama, 2002), reafirmando con ello una estructura social que categoriza de una manera esencialista a los grupos, dependiendo de su adscripción en ella y de la posición que históricamente han ocupado.

Vistas como parte de un sistema social jerárquico, las identidades dotan de estatus a los individuos. Cuando una persona se identifica y es identificada de determinada forma dentro de la interacción social, adquiere entonces un capital simbólico. Para Bourdieu, el capital simbólico es ese capital negado, reconocido como legítimo, es decir desconocido como capital (pudiendo el reconocimiento, en el sentido de gratitud, suscitado por los favores, ser uno de los fundamentos de ese reconocimiento) que constituye sin duda, con el capital religioso, la única forma posible de acumulación, cuando el capital económico no es reconocido. Más allá de la fuerza de trabajo de apoyo que asegura en ocasión de los grandes trabajos, el capital simbólico aporta la red de aliados y de relaciones a los que uno sostiene (y

por los que uno se sostiene) a través del conjunto de los compromisos y las deudas de honor, de los derechos y los deberes acumulados en el curso de las generaciones sucesivas y que puede ser movilizado en las circunstancias extraordinarias. Capital económico y capital simbólico están tan mezclados que la exhibición de la fuerza material y simbólica representada por aliados prestigiosos es de una naturaleza tal, que aporta de por sí beneficios materiales en una economía de la buena fe, donde un buen renombre constituye la mejor garantía económica (Bourdieu, 2007).

Es decir, que cuando una persona es identificada como médico o médica adquiere un capital simbólico que le confiere derechos y obligaciones dentro del imaginario social; adquiere también el papel de “defensor de la hegemonía biomédica” o del modelo médico hegemónico, el cual tiene como características: 1) biologicismo, 2) legitimación académica, 3) práctica clínica, 4) individualismo y 5) jerarquización, por lo que se vale de símbolos y ritos de paso, así como gestos y actitudes que reivindiquen la historia del porqué la medicina es una actividad con autoridad.

Menéndez se refiere al concepto Gramsciano de hegemonía al hablar de la biomedicina y a su expansión e institucionalización, a través de la construcción de un consenso socialmente compartido y poco cuestionado en estos procesos y en su afirmación como un "modelo médico hegemónico". Este autor nos hace reflexionar cómo, más allá de las diferencias que existen en el ámbito nacional e internacional entre las escuelas de medicina, se observa que dada la orientación dominante compartida, la formación médica está centrada en ciertos aspectos que tienden a excluir otros, y que pese a ello la biomedicina pretende tratar todo tipo de padecimientos, para lo cual necesita biomedicalizarlos; dejando de lado los aspectos psicológicos y culturales del proceso salud/enfermedad/atención. Estos son también aspectos que se enseñan durante la formación en medicina y que son constitutivos del saber y ser médico.

La construcción del “imaginario” del médico

Los imaginarios se encuentran conformados por una larga sedimentación de interacciones sociales, construida a través de un proceso histórico particular, donde han tenido mucho que ver las posiciones que en la jerarquía social han ocupado los diversos grupos sociales. Son conocimientos prejuiciales, que han ayudado a construir estereotipos e imágenes diversas y que llegan a funcionar como esquemas de percepción de la realidad, puesto que ubican y definen a los individuos, y con base en ellos, se orienta la conducta social.

Si se quiere ver de esta forma, son el *a priori* de la interacción social, en cuanto se constituyen como su soporte. Así, un sujeto espera del otro cierto tipo de conducta, concibe al otro como un individuo con ciertas cualidades o defectos, deseos o intenciones, sobre los cuales hay que amoldar la propia acción (Goffman, citado en Lizama, 2002). En cuanto que la conducta resultante de un individuo responda a las expectativas que se tienen de él, ésta será socialmente aceptada. En muchos casos, los imaginarios ayudan a mantener las diferencias y en otras, legitiman las injusticias sociales.

Hay una representación social, un “imaginario” de los médicos practicantes de la biomedicina que dicta cómo estos deben interactuar con los demás y lo que se espera de ellos. Entonces, ¿cómo se construyó esa representación social del médico? La historia de la construcción de la autoridad y hegemonía biomédicas nos muestra cómo se fueron desarrollando a través del tiempo símbolos, lenguaje corporal y oral, así como rituales de paso que reforzaron y siguen fortaleciendo la identidad social médica en su realización diaria. De algún modo, la biomedicina reivindica, a través del cuerpo de sus practicantes, los rasgos históricos que establecieron su hegemonía.

De este modo, la premisa “para ser médico, hay que parecer médico” se convirtió en parte del *curriculum* oculto médico que se incorpora a lo largo de los siete a 15 años que un entrenamiento puede durar desde la licenciatura hasta una especialidad médica. Así, la identidad social médica se construye también a través de poses, gestos y vestuarios característicos de los médicos.

Mis maestros decían en la licenciatura en Medicina “para ser médico, hay que parecer médico” ¿qué significaba esto para mí? Que debería ajustarme a los códigos establecidos de vestuario en la Escuela de Medicina y en el hospital. Como estudiante, pensaba que el portar un uniforme blanco diariamente homogeneizaba a todos los que estábamos en el grupo, puesto que no había un vestuario mejor ni peor. Poco a poco, al tener contacto con los pacientes durante las consultas médicas, fui aprendiendo que es pertinente hablar con seguridad, o por lo menos “aparentar que sabes”, modular el tiempo de consulta y las preguntas que se pueden responder de modo que “cumplas” con el hospital y con los pacientes también. Cuando era estudiante, miraba a los doctores de quienes aprendía mientras daban consulta y me gustaba ver la manera en la que se dirigían a los pacientes y cómo cada uno tenía su modo de hablar; sin embargo, casi nunca se salían de un molde establecido, en el que pocas veces se establecía contacto íntimo o visual con los pacientes. (Diario personal, Soledad Ramírez-Galván).

Conclusiones

La historia de la biomedicina ha influido en la construcción de la autoridad médica, la cual se refleja en la construcción de los imaginarios sociales que hoy se tienen sobre lo que es “el ser médico” y “el saber médico”. La educación médica se basa en un proceso de socialización

a través del cual se les enseña a los y las estudiantes de medicina no sólo cómo practicar la medicina, sino cómo ser médicos. En los años de formación, ellos y ellas aprenden a serlo.

La Fac. Med. UABJO es una institución con características particulares que me permite plantear la hipótesis de que sus alumnos crean una identidad profesional, tomando también sus características identitarias, de género, clase social, lugar de procedencia e ideología política. El problema empírico a estudiar es la formación de la identidad médica en la Facultad de Medicina y Cirugía de la UABJO.

El punto principal de mi investigación se centra en la construcción de la identidad profesional médica, partiendo de las otras identidades que las y los estudiantes de medicina tienen. A la identidad profesional médica se llega a través de las interacciones día a día de los alumnos con sus profesores y entre sus pares, en donde se construye a través de símbolos el “nuevo” significado de las cosas dentro de la cultura médica. Así que a través de la socialización cotidiana, los aprendizajes dentro y fuera de clase y a través del *curriculum* oculto, los alumnos construyen su saber y su ser médico. Por otro lado, la identidad profesional médica se construye también a través de las representaciones sociales que se construyen acerca de lo que significa ser médico y el saber médico.

A lo largo de la tesis pretendo plantear el porqué utilizo como concepto central la construcción de la identidad profesional y no utilizo el concepto de *habitus* (utilizado por Castro al describir el “*habitus* médico autoritario”) que se construye también en el pregrado. Considero que el concepto de individuación (el proceso que utiliza la socialización para construir una identidad basada en la historia de vida propio de cada estudiante) da un rango de diferencia entre cada estudiante, dependiendo de su propia historia de vida, a diferencia del concepto de *habitus* que casi no contempla la agencia de cada individuo.

CAPÍTULO 1

¿Quiénes son los estudiantes de medicina y qué significa para ellos estudiar esta carrera?

Introducción

En este primer capítulo abordaré algunas de las características socioeconómicas y sociodemográficas de los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO, así como unas primeras percepciones de estos estudiantes con respecto a su facultad y a la carrera, basándonos en información de fuentes oficiales de la misma facultad y, sobre todo, en las 151 encuestas realizadas inicialmente durante el trabajo de campo; estas últimas complementadas por extractos etnográficos obtenidos sucesivamente en las entrevistas semiestructuradas a profundidad con algunos de los alumnos y alumnas.

El énfasis de este capítulo está puesto en conocer la composición de los y las alumnas en cuanto al género, la clase social, su lugar de origen y la escolaridad de sus padres y si, hasta qué punto y cómo estas características se entrelazan con sus propias percepciones con respecto a ser estudiantes de medicina, estar formándose en específico en la Fac. Med. UABJO y sus sentimientos y aspiraciones con respecto a la carrera y a su futura profesión. Lo anterior, se complementa con resultados etnográficos acerca de cómo los y las estudiantes experimentan en la cotidianeidad de la facultad el género, la clase social y su ser ciudadanos o foráneos. Interesa tener un primer acercamiento para entender si y, en su caso, cómo esas características de origen pueden confluir en las identidades de las y los estudiantes como alumnos de medicina, compenetrándose de manera paulatina aun si diferenciada, con la construcción de sus futuras identidades profesionales y eventualmente, en sus formas de ser médicos.

¿Quiénes son los estudiantes de la UABJO en la actualidad? La información oficial en un contexto de profundas transformaciones

La Fac. Med. UABJO es una escuela que puede verse y entenderse desde múltiples aristas, con sus problemáticas específicas e inmersa en un contexto diverso y profundamente complejo como es el Estado de Oaxaca, lo que agrega peculiaridades al hecho de estudiar medicina precisamente en este contexto.

Al inicio de mi trabajo de campo, tenía ideas preconcebidas sobre las y los alumnos que estudian en esta facultad. Posiblemente debido a que, en múltiples ocasiones durante mi niñez y adolescencia, caminé en estos mismos espacios, acompañando a mi madre, que era profesora de enfermería y a mi padre, que durante mucho tiempo fue maestro de la Fac. Med. UABJO. Sin embargo, conforme avancé con el trabajo de campo, tuve la oportunidad de convivir con alumnos y profesores en la vida cotidiana al interior de la escuela, observar a los alumnos en espacios y pasillos, y asistir a muchas clases con ellos. La convivencia hizo que mi apreciación sobre los estudiantes se ampliara y se transformara, logrando de alguna manera a través de la reflexividad (Bourdieu y Wacquant, 1995) romper con algunas representaciones dóxicas previas, resultados de mi propia experiencia de vida, trayectoria de formación y ejercicio de mi profesión.

Tomando en cuenta mi experiencia personal, familiar y profesional, fue fácil en un principio para mí concebir la idea del “estudiante tipo” de la Fac. Med. UABJO. Tomando en cuenta la masificación vivida por la Fac. Med. UABJO a partir de los años setenta del siglo XX, y en general, cierta falta de prestigio de la que padece en la actualidad la universidad,² algunas de mis ideas preconcebidas incluían que la Facultad estuviera constantemente rebasada en cuanto a matrícula y ofreciendo una educación carente en muchos sentidos. También pensaba que muchos de sus estudiantes provenían del interior del estado de Oaxaca, que seguramente había un porcentaje que pudiera ser de extracción indígena, que eran de nivel socioeconómico sobre todo medio-bajo o bajo, que la mayoría de ellos eran hombres, y que una buena parte mantenía una orientación política definida dentro de la Facultad de Medicina. Es decir, que serían participantes activos de protestas y huelgas en el interior de la escuela y también en la Rectoría de la Universidad. Otro de mis supuestos--el que finalmente más se comprobó--era que algunos de las y los estudiantes serían hijos de médicos.

Sin embargo e iniciando precisamente con sus estudiantes, la Fac. Med. UABJO resultó ser mucho más variada de lo que yo pensaba. Al revisar la información disponible a nivel oficial en la Facultad y al realizar las encuestas iniciales durante el trabajo de campo a los alumnos

² Un ejemplo de ellos se encuentra en el ranking de América Economía Intelligence que publica *El Economista* donde se enlistan todos los años las 50 mejores universidades del país, con los mayores puntajes en cuanto a calidad docente, investigación, oferta de posgrados, internacionalización, acreditación e inclusión y diversidad. En dicho listado, la UNAM aparece consistentemente en primer lugar año tras año y, de las primeras cinco (UNAM, ITESM, IPN, UAM y Universidad de Guadalajara), cuatro son públicas. La UABJO nunca aparece entre las primeras cincuenta, a diferencia de la gran mayoría de las universidades públicas autónomas de las distintas entidades federativas del país (véase el ranking 2019 en: <https://www.economista.com.mx/arteseideas/Ranking-de-universidades-mexicanas-2019-la-UNAM-la-mejor-universidades-de-AMLO-cantidad-contra-calidad-20190415-0070.html>).

de primero, tercer y cuarto año, pude tener un acercamiento a su realidad actual y me di cuenta de que mis supuestos en cuanto a su participación política, género, clase social, lugar de origen, etnicidad, escolaridad de sus padres eran o son en gran parte equivocados.

En relación a la masificación de la UABJO y sus consecuencias en cuanto a números, composición del alumnado y calidad de la enseñanza en la Facultad de Medicina, es indudable que la UABJO aumentó exponencialmente su matrícula, sumando aproximadamente 16,384 alumnos para el ciclo escolar 95-96, dándose la mayor cifra de alumnos en las carreras de Derecho, Contaduría y Medicina en ese año. Para el año 2000, la carrera de Medicina contó con 3,796 alumnos, lo cual llevó a esta última a una sobresaturación de los grupos escolares. Este fenómeno ha sido explicado por Martínez (2004), el cual sostiene que el modelo de universidad política que en las últimas décadas ha predominado en la UABJO, se basa en la influencia de poderes informales personales entre líderes políticos y sus agremiados, lo cual les ha permitido colocar a personas de su confianza en posiciones claves del aparato administrativo, dándole acceso a las plazas y permitiéndoles manejar recursos de manera opaca y discrecional; un modelo que ha afectado la Fac. Med. UABJO, la calidad de su enseñanza y su reputación, al igual que muchas otras facultades de esta universidad.

Sin embargo, han pasado más de 40 años desde los movimientos políticos y sociales que dieron origen al proceso de masificación de la Fac. Med. UABJO y en la actualidad la reputación de la Facultad y las características de los estudiantes inscritos pueden ser diferentes a como tal vez eran hace solo dos o tres décadas atrás. El balance que resulta al revisar los datos oficiales disponibles es de una facultad con problemas de calidad, pero tal vez no tan dramáticos como los esperados, en comparación con otras escuelas de la misma universidad, o en relación al promedio de las facultades de medicina del país, o en comparación a su propia situación dos o tres décadas atrás.

En cuanto a la reputación, en la Fac. Med. UABJO--al igual que en todas las facultades y escuelas de medicina del país--lo que ha adquirido en la actualidad un peso preponderante es el *ranking* en los resultados del Examen Nacional para Aspirantes a las Residencias Médicas (ENARM) que publica todos los años la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) el máximo órgano que supervisa en México la formación médica. En los resultados 2019, la Fac. Med. UABJO, figura en el número 75 de 128 facultades o escuelas de medicina, en cuanto a conocimientos médicos, situándose apenas un poco más abajo que el promedio de todas las instituciones enlistadas, pero

finalmente arriba de muchas otras universidades del país, sobre todo privadas.³ Sin embargo y al mismo tiempo, la Fac. Med. UABJO, a diferencia de otras escuelas de la UABJO como Arquitectura, Odontología, Enfermería y Obstetricia, en este momento no se encuentra acreditada por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior A.C. (COPAES),⁴ lo cual le resta prestigio frente a otras escuelas de medicina del país.

Al mismo tiempo y de manera contradictoria, se constata que la UABJO se promueve entre sus propios alumnos o aspirantes como una Facultad de Medicina posicionada en el *ranking* entre las mejores del país (comunicación UABJO),⁵ cuatro lugares por debajo de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) y cuatro lugares por arriba de la Universidad Regional del Sureste (URSE), esta última siendo institución privada con sede en la ciudad de Oaxaca. Como los datos anteriores no corresponden a los datos oficiales de la CIFRHS, la construcción social de la Fac. Med. UABJO difundida por la misma escuela, parece tener el objetivo de enaltecer la seguridad de que los alumnos aprobarán el ENARM, haciendo una comparación con las universidades cercanas o conocidas para los oaxaqueños; aun cuando esta publicidad no corresponde completamente a la realidad.

En cuanto a la matrícula, según los datos recuperados del formato 911 de Estadísticas de Educación Superior por Escuela 2018-2019, el Programa Educativo de la Licenciatura en Médico Cirujano de la Fac. Med. UABJO tiene una matrícula escolar oficial que es menos de la mitad de la que tuvo en el año 2000, lo cual implica una sensible reducción. Actualmente, cuenta con 1,835 estudiantes, distribuidos en los diferentes grados y estatus como se muestra a continuación:

³ La Fac. Med. UABJO tuvo 59.5/100 puntos en cuanto a conocimientos médicos promedio entre sus aspirantes, en comparación con el promedio general de 60.6/100 puntos; y un porcentaje de aceptados de 19.85% vs el general de 23.0% para todas las facultades. Para poder comparar, la Universidad Panamericana obtuvo el primer lugar con 82.8% de aceptados y con un puntaje promedio de conocimientos médicos de sus aspirantes de 74.5/100 puntos. La Facultad de Medicina de la UNAM apareció en el lugar 26 con un porcentaje de aceptados de 29.7% y en el lugar 23 por promedio de conocimientos médicos entre sus aspirantes (63.9/100 puntos). Véase los resultados para 2019 y años anteriores en: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/reportes_academicos.html

⁴ Se trata de una asociación civil sin fines de lucro establecida en el año 2000 la cual actúa como la única instancia autorizada por el Gobierno Federal a través de la Secretaría de Educación Pública (SEP) para coordinar el sistema de acreditación y conferir reconocimiento formal y supervisar a organizaciones cuyo fin sea acreditar programas académicos de tipo superior que se imparten en el país. Véase: <https://www.copaes.org/indexmapa.php?id=20>

⁵ Véase: <http://www.uabjo.mx/fmyc-uabjo-en-el-ranking-de-las-mejores-escuelas-de-medicina-del-pais>

Tabla 1.- Estructura de la matrícula escolar

Grado	1er año	2do año	3er año	4to año	5to año	Total
Matrícula Alumnos	458	300	337	262	243	1835

Fuente: Elaboración propia, Formato 911, Fac. Med. UABJO 2018-2019.

La cantidad de alumnos por grado se encuentra modificada por el número de alumnos repetidores ubicados por año.⁶ Desagregando la matrícula del primer grado de la licenciatura, encontramos que los estudiantes repetidores son casi una cuarta parte:

Tabla 2.- Alumnos regulares e irregulares desagregados por año de la licenciatura

	Regulares	Repetidores	Bajas	Irregulares	
Primer año	368	99	61		
Segundo año	205	21		74	
Tercer año	233	32	1	72	
Cuarto año	183	8	5	71	
Quinto año	180	4		52	
Totales	1,169	164		269	1602

Fuente: Elaboración propia, Formato 911, Fac. Med. UABJO. Fecha 2018-2019.

Aún con esta desagregación se observa que la matrícula de los alumnos de primer año sigue siendo muy superior a la de los años subsecuentes mientras que no hay muchas diferencias en los años subsecuentes. No sabemos si la matrícula mayor del primer año representa una tendencia algo azarosa, si está aumentando tendencial y nuevamente la matrícula en la facultad, y/o si posiblemente se admiten más estudiantes en primer año porque en este se cursan materias básicas que, a decir de los alumnos, son consideradas como un “filtro” a través del cual solamente llegarán a los siguientes años quienes logren aprobarlas. Esta última posibilidad tiene amplio soporte entre los estudiantes, como sugiere este comentario de un estudiante de tercer año:

⁶ Un alumno repetidor es alguien que ha reprobado más de una materia, por lo cual tiene que repetir el año escolar, si el alumno vuelve a reprobado, será expulsado de la UABJO, con imposibilidad de cursar incluso otra licenciatura dentro de la universidad. Un alumno irregular es aquél que reprueba una materia y pasa a otro grado, recurriendo la materia que reprobó.

Ajá, era el filtro del primer año, que la mitad de los que entraron iban a quedarse por Anatomía. Y, nos calentaban la cabeza, literalmente (refiriéndose a sus compañeros de años superiores). Un día antes del examen de Anatomía nos decían “felicidades porque mañana van a darse cuenta de que se tienen que ir a sus casas”, y cosas por el estilo (Antonio, 22 años, estudiante de tercer año).

Independientemente de estas posibles razones, lo que pude constatar a partir de los números oficiales y después en mi trabajo de campo por los pasillos y las aulas de la facultad, es que no aparece tan masivamente sobrepoblada de estudiantes, por lo menos no tanto como lo había visualizado a partir de la representación social hegemónica de una universidad masificada y con instalaciones insuficientes y muy precarias.

Aun más sorprendente fue para mí constatar que, contrariamente a mi imaginario previo con respecto a la participación extensiva de estudiantes de la universidad--incluyendo de la facultad, en movimientos sociales y políticos estudiantiles diversos, visto el carácter de "universidad de modelo político" (Martínez, 2004) de la UABJO, la participación de los estudiantes en movimientos o protestas sociales esporádicas es extremadamente reducida, en cantidad, tiempo y alcance.⁷ Solamente el 6% de los y las estudiantes manifestaron haber participado en algún momento en marchas y mítines y esa participación se dio como manifestación de protesta de tipo gremial, no política, en defensa de un médico oaxaqueño que había sido encarcelado. Las razones de este limitadísimo activismo en ese caso fueron claras: estos pocos estudiantes manifestaron luchar en contra de lo que se percibió como una injusticia; lo hicieron de manera solidaria, enunciando que participaron porque cuando sean médicos no quisieran verse en esa situación; y también participaron porque los médicos de la facultad pidieron el apoyo. Una vez que se resolvió el problema y se puso en libertad al médico, la participación del estudiantado terminó. Esto se confirma con la nula participación que tienen los estudiantes actualmente en actividades de protesta, denuncia o presión de todo tipo, reportada por ellos mismos (ningún hombre y sólo una mujer dijo que continúa participando en actividades de protesta social). Mi hipótesis inicial sobre la participación

⁷ No hay información oficial disponible con respecto a este punto, por lo que la información proporcionada deriva de la Encuesta aplicada a los 151 alumnos y alumnas. Cabe aclarar que se menciona la falta de involucramiento en movimientos sociales y/o políticos estudiantiles de los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO acá, porque, por haber resultado ser irrelevante a partir de lo recabado en las encuestas iniciales, este punto no se retoma más adelante en el análisis. Sin embargo, se trata de una característica de este estudiantado que posiblemente lo diferencia de otros estudiantes en otras facultades de esta universidad. La declarada apolitización por lo menos del grupo encuestado deja interrogantes abiertas con respecto a si este resultado es representativo de todo el alumnado de la Fac. Med. UABJO, a sus factores coadyuvantes y a sus implicaciones sociales e identitarias como estudiantes de medicina dentro del contexto mayor de la universidad.

política de los estudiantes no fue por lo tanto confirmada, por lo que esta dimensión ya no la exploré a nivel etnográfico.

Otra dimensión de interés que exploré a través de la información oficial disponible en la Facultad, refiere al género del alumnado. Aquí encontré que, al igual que en otras facultades de medicina en el país, en la Fac. Med. UABJO, la cantidad de mujeres que ingresan a estudiar ha ido aumentando paulatinamente hasta encontrarse actualmente en las siguientes cifras, llegando a ser mayoría las estudiantes mujeres (Tabla 3).

Tabla 3. Características de estudiantes de la Fac. Med. UABJO, desagregados por año cursado y sexo

	Hombres	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total
Primero	189	40.3%	280	59.7%	469
Segundo	121	40.3%	179	59.6%	300
Tercero	136	40.2%	202	58.7%	338
Cuarto	106	40.6%	155	59.3%	261
Quinto	95	40.5%	139	59.4%	234
Total	647	40.4%	955	59.6%	1602

Fuente: Formato 911, Fac. Med. UABJO. Elaboración propia.

Esta composición del estudiantado de la Fac. Med. UABJO, refleja un proceso de acentuada feminización no sólo en la formación sino en la misma profesión médica, en Oaxaca y en México, al igual que en muchos países occidentales (Pozzio, 2014). En las últimas tres décadas del Siglo XX, el proceso se profundizó y hoy las mujeres son la mayoría de las estudiantes de Medicina en las dos escuelas más importantes de la capital del país (Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Politécnico Nacional) (*Idem*). Sin embargo, es importante recordar que el proceso de feminización de la medicina en México es parcializado y no es homogéneo, ya que se destaca una segregación tanto horizontal como vertical por género. En cuanto a la segregación horizontal, existe la orientación de las mujeres hacia ciertas especialidades médicas; mientras que el hecho de ser la mayoría mujeres no modifica, hasta el momento, la forma misógina en la que se experimenta una especialidad médica, por ejemplo la ginecobstetricia (Pozzio, 2014), o por mi propia experiencia la cirugía general .

La presencia actual de las mujeres en la carrera de Medicina, tanto en la UABJO, como en otras facultades de medicina del país, representa, de todas maneras, un cambio importante, notorio y algo sorprendente en su magnitud para mí, ya que no siempre fue así. El acceso de las mujeres a los estudios universitarios a nivel mundial en carreras como Medicina, se inició a fines del siglo XIX en países como Estados Unidos y algunos países de Europa como Suiza e Inglaterra. Las mujeres fueron aceptadas en carreras relacionadas a la salud, porque siempre se les ha relacionado con el cuidado, la higiene y la fuente de transmisión de estos conocimientos hacia las familias. Para las primeras mujeres universitarias fue un reto ingresar a la carrera de Medicina, mantenerse en los estudios y posteriormente ejercer como médicas.

Pozzio (2013) delinea una periodización en México, para el fenómeno de la feminización de la profesión médica, que daría cuenta de tres etapas: 1.- desde la entrada de la primera mujer a la carrera de Medicina hasta la década de los sesenta (1887-1965); 2.- desde los sesenta hasta mediados de la década de 1990 y 3.- desde mediados de los noventa hasta la actualidad. En la primera etapa se funda la Asociación de Médicas Mexicanas las cuales representaron aproximadamente el 9% del total de médicos con título. La segunda etapa incluye dos acontecimientos importantes, el movimiento médico de los años 1964-1965 y el movimiento estudiantil de 1968, que se relacionan con la masificación de la educación superior y la emergencia de una identidad juvenil. En la tercera etapa, la paridad en la matrícula universitaria se ha vuelto evidente y se ha consolidado el proceso de feminización, haciendo referencia a una profesión médica que, demográficamente ha cambiado y donde las mujeres son cada vez más.

Lo anterior, hace reflexionar acerca de las transformaciones sucedidas a través de más de un siglo, tiempo en el que las mujeres han podido acceder a la universidad y a la carrera de Medicina con una facilidad creciente; sin embargo, cabe preguntarse si, en el caso de las médicas, se pueda o no decir que se han eliminado las barreras para que puedan ejercer la medicina con equidad, ya que la medicina continúa construyéndose desde una visión androcéntrica y, en la mayoría de las ocasiones, con modelos médicos profundamente masculinizados que, como veremos más adelante se reproducen durante los años de formación en la carrera.

Se buscó información oficial acerca de la composición de los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO con respecto a su procedencia geográfica y familiar y su etnicidad y solo se encontró información con respecto al número y porcentaje de estudiantes que oficialmente declararon hablar alguna lengua indígena (HLI), siendo un total de 123 o el 7.6% del total de alumnos

registrados (Tabla 4); un porcentaje significativo pero algo menor con respecto a mi supuesto inicial.

Tabla 4.- Estudiantes hablantes de lenguas indígenas de la Fac. Med. UABJO por año cursado

	Total de alumnos	Hablantes de lenguas indígenas	% de hablantes de lenguas indígenas
Primer año	469	30	6.4%
Segundo año	300	25	8.3%
Tercer año	338	28	8.3%
Cuarto año	261	21	8.0%
Quinto año	234	19	8.1%
Total	1602	123	7.6%

Fuente. Formato UABJO. Elaboración propia.

Este dato es doblemente interesante, porque, como veremos más adelante, contrasta con el que se recabó en la Encuesta donde ningún estudiante declaró ser HLI. Hay claras formas de discriminación en la Fac. Med. UABJO entre docentes y también entre estudiantes hacia alumnos que se reconozcan o que los demás identifican como indígenas. Es común--y lo pude constatar en trabajo de campo--que los profesores se conciban a sí mismos como urbanos, capitalinos e incluso más "civilizados" que aquéllos -sobre todo estudiantes- que se autoadscriben o son HLI, y también ante aquellos que proceden de lugares alejados de la capital, aunque sean pequeñas o medianas ciudades mestizas. Hay profesores que utilizan formas discriminatorias de trato a los estudiantes tales como ponerles sobrenombres, aludiendo a su lugar de origen, por ejemplo.

Estas formas derogatorias de identificar al estudiante "otro", es posiblemente una fuerte razón por la que muchos jóvenes deciden no autoadscribirse como indígenas o niegan haber aprendido su lengua natal, o efectivamente se negaron a aprenderla o sus padres no quisieron enseñársela, y/o ocultan sus orígenes, en un claro intento de acercamiento a la "urbanidad" y a la "modernidad" una vez ingresados a la Facultad, que pasa también por un proceso que se ha definido como de "blanqueamiento" (Portocarrero, 2013).

Definir la etnicidad de una persona es de por sí complejo, además de que las definiciones y los procedimientos para clasificar varían entre las diferentes bases de datos oficiales. Es importante recordar que la etnicidad es relacional (Barth, 1969) y se construye en las contraposiciones y diferencias que los individuos y los grupos formulan, señalan y actúan (*perform*) en sus interacciones diarias con los demás. En particular, el problema de la

estigmatización de lo indígena en México, en Oaxaca, en la UABJO y en la Fac. Med. UABJO genera consecuencias negativas que provocan por parte de los y las jóvenes, negativas o resistencias a reconocer que hablan- la lengua materna y/o a que pertenecen o proceden de alguna comunidad que se identifica como indígena. El hecho de que 7.6% de los estudiantes matriculados en la Fac. Med. UABJO haya declarado ser HLI hace pensar en los posibles incentivos en reconocerse como tal ante la institución; que en este caso, pareciera que el mayor incentivo es el acceso a becas.

¿Quiénes son las y los estudiantes de la UABJO en la actualidad? Los resultados generales de la encuesta

Los datos anteriores nos hablan en general sobre la cantidad de alumnas y alumnos que están cursando la carrera en la Fac. Med. UABJO y algunas características básicas en cuanto al género y a la etnicidad. Sin embargo, los datos oficiales son escasos y con grandes vacíos de información en varios de los aspectos que me interesaba conocer en cuanto a características sociodemográficas y socioeconómicas de los estudiantes, por lo que durante los primeros meses de trabajo de campo apliqué 151 encuestas a estudiantes de primer, tercer y cuarto año en donde pregunté datos sobre su género, lugar de origen, etnicidad, nivel socioeconómico, el nivel de escolaridad de sus padres, y su participación o no en movimientos políticos estudiantiles, entre otros puntos.

La información generada en las encuestas se analizó finalmente a partir de los siguientes ejes: género, nivel socioeconómico (auto-reportado), lugar de origen y escolaridad máxima de uno o ambos padres. Se excluyó etnicidad porque ningún estudiante se auto-adscribió como indígena ni reportó hablar una lengua indígena. Los resultados descriptivos principales en cuanto a la composición del alumnado de acuerdo a estos ejes, se reportan en la Tabla 5.

Tabla 5. Características socio-demográficas y socioeconómicas estudiantes encuestados

Sexo	Hombre	Mujer	Total			
	63	88	151			
Grupos de edad	18 años	19-20 años	21-22 años	23 años y +	NR	Total
	47	0	67	28	9	151
Año cursado	Primer año	Tercer año	Cuarto año	Total		
	66	66	19	151		
Nivel socioeconómico auto-reportado	Nivel Bajo y Medio-bajo	Nivel Medio	Nivel Medio-Alto y Alto	NR	Total	

	25	108	14	4	151
Residencia habitual	Viven con uno o ambos padres	No viven con sus padres	Total		
	97	54	151		
Lugar de origen	Ciudad de Oaxaca y Valles Centrales	Otras regiones Oaxaca	Otros Estados	Extranjeros	Total
	101	35	11	4	151
Escolaridad máxima padres	Nivel básico	Nivel medio-superior	Nivel profesional	Total	
	17	30	104	151	
Profesión de uno o ambos padres	Sin nivel profesional	Otras profesiones	Profesión médica	Total	
	47	87	17	151	

En la Tabla se puede apreciar que en los grupos encuestados, efectivamente se encontraron más mujeres (58%) que hombres (42%), en porcentajes diferenciales que se acercan mucho a la composición oficial del alumnado, de acuerdo a la información proporcionada por la Fac. Med. UABJOs.

Por grupo de edad, la población del estudio está conformada por un grupo de 18 años que se refiere a los y las estudiantes de nuevo ingreso (31%), un grupo mayoritario de jóvenes entre los 21 y los 22 años (44%) que son alumnos y alumnas de tercer año, y un grupo minoritario de jóvenes adultos, de 23 años y más (19%) que corresponde en su gran mayoría a estudiantes del cuarto año. No aparecieron alumnos de 19 o 20 años porque no se encuestaron estudiantes del segundo año de la carrera.

La encuesta se aplicó a grupos de primer, tercer y cuarto años de medicina. El grupo de anatomía humana forma el 43.5% de la población estudiada, al igual que los grupos de clínica propedéutica. Los estudiantes de ginecología representan el 13% del total de estudiantes encuestados. Se escogieron estos grupos porque representan el inicio a la carrera de medicina (en el caso de anatomía humana), el aprendizaje de la mirada clínica (durante el tercer año) y la materia de ginecología como ejemplo de la conjunción de clases teóricas más prácticas clínicas.

Las categorías del nivel socioeconómico son aproximativas, ya que se construyeron a partir de autoadscripción por parte de los y las alumnas, donde se les preguntó que especificaran el nivel socioeconómico al que pertenecían y porqué lo pensaban así. 17% de los alumnos se reconocieron como pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, la gran

mayoría (73%) se autoadscribieron a un nivel socioeconómico medio y solo un 10% declararon pertenecer a un nivel socioeconómico medio-alto o alto.

La mayoría de los y las estudiantes reportaron estar viviendo en familia (63%) y dos de cada tres (66%) respondieron que son de la ciudad de Oaxaca o de un municipio cercano a la ciudad. La gran mayoría de las y los alumnos (68%) tienen uno o ambos padres que estudiaron y terminaron carreras universitarias profesionales, pero sólo 10% de los encuestados tienen padre, madre o ambos que ejercen la profesión médica.

Para el análisis de las encuestas, se realizó el cruce de variables independientes y dependientes a través del programa SPSS. Como variables independientes se asignaron los atributos individuales y sociales de las y los estudiantes, que guardan, en principio, independencia de la formación médica, pero que, al relacionarse con características de la carrera, adquieren un carácter social. En esta investigación, las variables independientes fueron: el género, el lugar de origen, el nivel socio-económico (autoasignado), escolaridad máxima de los padres y su pertenencia –o no pertenencia- al gremio médico. Las variables dependientes fueron seleccionadas de preguntas de la encuesta, enfocadas en los motivos para estudiar medicina, motivos para estudiar en la Fac. Med. UABJO, la construcción social de “ser médico” para las y los estudiantes de medicina y además sus sentimientos y emociones con respecto a la carrera, al momento de aplicación de la encuesta.

Construcción de las categorías de análisis de las variables dependientes de la encuesta

Las principales variables a analizarse, fueron construidas con base en las respuestas de las y los alumnos a la encuesta, para sus posteriores cruces por medio del programa SPSS. En cuanto a la pregunta “razones para estudiar medicina“, se dio la opción a los alumnos y alumnas que marcaran todas las respuestas pertinentes tales como: 1.- me gusta la carrera de medicina, 2.-me aconsejó mi familia y conocidos, 3.- por imitación (de mi(s) padre(s) u otra persona significativa), 4.- es una profesión en la que se tienen ingresos altos, 5.- otro (especificar), 6.- no contestó. Cabe mencionar que en la mayoría de las encuestas los alumnos respondieron utilizando opciones múltiples. Esta pregunta fue colapsada y codificada junto con la pregunta: "estudiar medicina, ¿fue tu primera opción?", para así obtener mayor información a través de las dos respuestas. 135 alumnos contestaron “porque me gusta” y 16 alumnos expresaron que la carrera “no me gusta” o no contestaron, dando un total de 151 alumnos encuestados.

Posteriormente, cuando se revisaron otras respuestas tales como: "me aconsejaron", por imitación familiar u de otro mentor, por la posibilidad de generar altos ingresos, u otra respuesta directa del entrevistado, se hizo un desglose simple quedando de la siguiente manera. De 135 estudiantes, 88 respondieron únicamente "por gusto"; a ellos se les denominó "estudiantes por **vocación**". Cuarenta y siete combinaron en sus respuestas "el gusto por la carrera" con alguna o algunas otras razones; a ellos se les denominó "estudiantes **por vocación y otras influencias**". De los 16 alumnos que contestaron "no me gusta", siete mencionaron que fue un sentimiento infantil o juvenil lo que les impulsó inicialmente en escoger esta carrera.

La pregunta: "¿estudiar medicina en la UABJO fue tu primera opción?" incluyó también un "¿por qué?". Las respuestas nos dieron algunas pautas para acercarnos a las representaciones sociales acerca de la Fac. Med. UABJO, difundidas entre los estudiantes de medicina. Las respuestas se agruparon en cuatro grandes categorías: "sí, por prestigio o tradición de la UABJO", "sí, por facilidad de acceso o cercanía", "no, por desprestigio de la UABJO" y "no, ingreso por no tener otra alternativa".

Se preguntó en la encuesta cómo se sentían los estudiantes en ese momento con respecto a su carrera, abriendo las siguientes opciones: 1.- contento/a, 2.- satisfecho/a, 3.- confundido/a, 4.- enojado/a, 5.- decepcionado/a, y 6.- otro (especificar), dejando un campo abierto para que pudieran explicar posteriormente el/los sentimientos que habían seleccionado. En base a las respuestas obtenidas, se crearon categorías combinadas, sintetizando las respuestas si eran positivas, negativas o neutras y dando un puntaje positivo, negativo o equivalente a cero, para cada una de las respuestas, incluyendo y sumando o restando a las múltiples. De este modo, se sumaron las respuestas de "contento y satisfecho" y se le restó la sumatoria de las otras opciones. De esta sumatoria se obtuvieron valores de 2 a -2, agrupándose de la siguiente manera: muy satisfecho (puntaje=2), 28 estudiantes; satisfecho (puntaje =1), 51 estudiante; confundido y/o indiferente (puntaje =0): 33 alumnos; insatisfecho (puntaje_-1), 27 alumnos; muy insatisfecho (puntaje=-2), 12 casos.

A continuación, se presentan algunos resultados de las encuestas, para entender cómo los estudiantes perciben la profesión médica, la selección de estudiar medicina y el haberlo hecho en particular en la UABJO, lo que nos permite un primer acercamiento a las representaciones sociales compartidas o diferenciadas acerca del ser médico, expresadas por estos y estas estudiantes. Las representaciones sociales que se recabaron, se analizan de acuerdo al género, la clase social, el lugar de procedencia y según la escolaridad de los padres, para ver si había

diferencias a partir de estas categorías identitarias y/o características sociales diferenciales propias o de las familias de origen.

Los resultados de las encuestas se presentan, cuando se consideró pertinente, entremezclados con material etnográfico cualitativo, que procede de las entrevistas a profundidad; además de la utilización de mis propias observaciones y reflexiones originadas en el diario de campo o a través de interacciones que tuve con las y los alumnos durante el trabajo de campo. Considero que esta triangulación metodológica me permite llegar a un acercamiento más profundo y matizado para entender las múltiples y diversas representaciones sociales acerca del ser médico y las razones de estudiar medicina de acuerdo a los perfiles identitarios diferenciados de los y las estudiantes participantes; tanto las representaciones sociales previas que ellos reportaron haber tenido al ingresar a la carrera de Medicina, como a las que se construyen y transforman durante el proceso de formación en la carrera.

Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": La importancia (relativa) del género

En lo que sigue, se analizan las respuestas de las estudiantes mujeres y de los estudiantes varones en las encuestas, como una primera aproximación a cómo y por qué las y los estudiantes en la Facultad se han acercado a la medicina, por qué estudian en la UABJO y cómo y con qué aspiraciones se están formando como médicos; prestando atención a posibles diferencias genéricas en sus respuestas.

Se encontraron resultados muy similares entre estudiantes hombres y estudiantes mujeres en cuanto a las razones por las cuales se escogió la carrera de Medicina. Poco más de la mitad de los estudiantes (60% mujeres y 56% hombres) reportaron haber seleccionado Medicina por vocación; es decir, haber tenido una aspiración genuina por ser médicos, como lo reporta Omar:

Desde que estudié Higiene y salud comunitaria" en el COBAO, y posteriormente -leyendo lo que me dejaban estudiar, y todo eso- pues me fui, me fue gustando. Se me hizo muy interesante los temas, por ejemplo, de anatomía, lo que era la materia de "Salud materno infantil", o sea, todo eso me gustaba mucho, me empezó a gustar mucho y de ahí nacen las ganas de querer entrar a la carrera. (Omar, 24 años, estudiante de tercer año).

Entre varios, se comparte la idea de la medicina como un servicio y el estar convencidas y convencidos de la necesidad de desenvolverse ética y profesionalmente en la profesión, una vez egresando de la carrera. Así lo muestran los siguientes testimonios de estudiantes mujeres de primer año:

Creo que más bien al final elegí la carrera porque sí quería ayudar a los demás, porque sí me gusta esa parte de medicina, pero más bien creo que fue la carrera que me permitía ayudar a los demás, qué más se acoplaba a mí. (Marisa 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

Quiero estudiar medicina porque creo que las personas, los pacientes, necesitan mejores médicos, no mejor preparados; bueno, sí mejor preparados, pero también mejores personas. (María 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

En cuanto a los alumnos y alumnas que manifestaron haber seleccionado esta carrera por vocación y gusto pero asociado a haber tenido influencias externas en la selección, se encontró la misma proporción de respuestas para mujeres y varones, aproximadamente uno/a de cada tres (31%) encuestados/as.

Las estudiantes se vieron influenciadas en su decisión de estudiar medicina siguiendo a personas significativas para ellas, quienes desempeñan el rol de médico y con quienes convivieron durante los años previos al inicio de la carrera de medicina, como en el caso de Marisol ó como en el caso de Marisa para quien la figura del médico que atendió a su abuela en años previos le recordaba el modelo que ella misma deseaba seguir.

Ella [una tía materna] ha vivido sola mucho tiempo, toda su vida, y tiene una farmacia. Entonces, mi mamá de chiquita nos mandaba a mí y a mi hermana a hacerle compañía, a ayudarle y demás; tiene también un consultorio, junto con la farmacia, entonces pues le llegaban ciertos pacientes, y demás. Y a veces yo le ayudaba en cosas mínimas ¿no? Pasarle algo, alguna jeringa que estuviera afuera, y sí me empezó a llamar mucho la atención. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Entonces, ya durante la carrera, cuando le conté a mi mamá -una de las veces que estaba un poco decepcionada de los médicos en general- me recordó un médico que conocemos que era el médico de mi abuela que era muy bueno, muy buena persona y entonces, eh, no sé, él me inspira mucho. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

En el caso de Ramiro la fuente de inspiración y el modelo a seguir es su propio padre, un médico ejemplar para él:

Considero que un médico siempre debe ser alguien que no discrimine a quien va a operar, o discrimine a quien va a atender. De hecho es porque lo he visto en mi papá, él siempre ha ayudado a personas que tienen bajos recursos o que necesitan la ayuda en ese momento, y él nunca discrimina. (Ramiro, 18 años, alumno de primer año, entrevista).

En el caso de Diana, la influencia en la decisión de estudiar medicina vino de su mamá, trabajadora doméstica en Tehuantepec, quien considera que es socialmente más valiosa esta carrera que la carrera de enfermería y que posiblemente le brinde a Diana mayor seguridad y beneficios económicos:

Bueno, pues... primero porque yo no recuerdo nunca haber querido como estudiar medicina pero mi mamá me dijo que, bueno, enfermería se me ocurrió que sí podía estudiar enfermería y mi mamá me dijo que estaba bien. Pero de pronto a ella se le metió la idea de que si ya iba a estudiar enfermería pues ya mejor medicina, no sé por qué pensó que era lo mismo. (Diana, 21 años, estudiantes de tercer año, entrevista.)

Es un poco mayor la proporción de mujeres que de hombres quienes manifestaron que el ser médico fue un deseo arraigado en ellas desde muy temprana edad, pero que sienten actualmente que ese deseo no ha sido satisfecho, aun si los porcentajes son muy bajos en ambos casos (6% mujeres y 3% hombres).

Son más los hombres que las mujeres los que dijeron haber optado por medicina debido a la influencia de familiares u otros adultos significativos, pero que hoy se sienten a disgusto por la decisión formativa que tomaron (9% hombres y 3% mujeres); sin embargo, son porcentajes pequeños con respecto al conjunto de respuestas recibidas por parte de todos los y las estudiantes.

La mayoría de los y las estudiantes encuestados reportaron haber seleccionado estudiar medicina en la UABJO como su primera opción, sin diferencia significativa por género (63% mujeres y 59% hombres). En las entrevistas a profundidad algunas mujeres reportaron haber escogido la Fac. Med. UABJO como primera opción debido a que el ingresar a esta universidad iba a implicar menores gastos económicos o simplemente porque no sabían cómo escoger, como lo ejemplifican también los siguientes testimonios:

Este, no, porque... bueno, yo siempre eh, como, a veces el dinero como que limita un poco; entonces, yo, si venía era sólo a Oaxaca y, entonces, pues sí mi única opción era la UABJO y yo dije que si no quedaba en Medicina pues iba a intentar en Enfermería, si no quedaba pues en Derecho, lo que hubiera, donde quedara. (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Quedé en la UABJO y quedé en la UAM, en la UNAM no quedé, me quedé como a 3 aciertos del examen y ya no quedé. Entonces, de esas dos fue que tuve que escoger y, pues no sabía como qué criterios tomar en cuenta para escoger; pregunté como muchas referencias y demás, y pues terminé convenciéndome por la UABJO. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.).

Se preguntó a los y las estudiantes si habían seleccionado la Fac. Med. UABJO por su reputación y prestigio: casi una tercera parte de los varones (30%) y una cuarta parte de las mujeres (23%) respondieron afirmativamente.

Proporciones parecidas se encontraron en investigar la relación entre estudiar medicina en la UABJO como primera opción, por un lado, y una mayor facilidad de acceso en cuanto al examen, el proceso de selección y los costos de inscripción, además de la cercanía geográfica: casi una de cada tres mujeres (29%) respondieron de esta manera, un porcentaje ligeramente superior a los estudiantes varones (22%). Por otro lado, tanto para mujeres como para hombres el hecho de que la UABJO es una universidad pública y casi gratuita fue reportado como un factor muy importante, asociado a la cercanía y el tiempo de traslado a la escuela.

Las mujeres refirieron que habían ingresado a la UABJO como una "situación obligada", en mayor proporción que los hombres (32% y 27%), aun si la diferencia porcentual es pequeña. Ambos grupos, pero en porcentajes muy bajos (hombres: 5% y mujeres 3%), se refirieron por igual en términos negativos con respecto a la reputación adquirida por la UABJO, mencionando paros, huelgas e incumplimiento de profesores como factores importantes de desprestigio de la universidad. Sin embargo, en las entrevistas a profundidad, fue más común que se expresaran estas representaciones sociales negativas de la UABJO, aun si no siempre se trató de visiones compartidas por los o las estudiantes mismas, sino que fueron referidas como promovidas por otras personas:

Pues los ven, como "ay, es de la UABJO", siempre... de hecho, varios de mis tíos, un tío tiene a su hijo estudiando en Monterrey, y es como "ay, y por qué no te fuiste a otro lado", "ay, si la UABJO no sirve", y él es egresado de la UABJO, entonces es como "si siempre están en paro, si no tienen clases" y no sé qué. Tengo conocidos que es como "ay, ¿de la UABJO? Si nunca tienen clases" y yo así de "sí tenemos clases" (Ana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

El médico de la UABJO está muy devaluado, saben -de hecho conocen todas las personas- que siempre hay paro todo el tiempo, de que igual y los maestros no están todo el tiempo en clases; de hecho desde que iba mi tía, ella -ella me dice- o sea siempre ha sido así, los maestros casi no van, tú tienes que aprender solo y siempre hay paros. Entonces ya todos tienen esa percepción de que el médico de la UABJO no es tan bueno, de que no recibe una buena educación. En cambio de la imagen que tienen de los médicos militares o médicos navales. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

Por otro lado, las y los alumnos expusieron de manera similar que les fue más fácil superar los requisitos de ingreso (examen y selección) en esta facultad, que optaron por la UABJO por la cercanía o por el fácil acceso a la capital y/o a las instalaciones de la escuela, pero también que lo hicieron porque no pudieron acceder a otras facultades a las que solicitaron entrar, como hubiera sido su deseo; las universidades ideales a las que no alcanzaron entrar incluyeron la UNAM, la UAM, la Escuela Médico Militar y la BUAP, entre otras:

Pues, realmente porque (risas) mi padrastro es maestro en la UABJO, y entonces, yo al principio quería entrar a la URSE pero no tenemos como el dinero necesario y pues mucho menos para entrar en la Anáhuac. Por un momento fui a hacer examen en la UNAM y no lo pasé, y creo que mi única opción era la UNAM o la UABJO. Entonces al final no pasé en la UNAM, que era lo que realmente quería pero no pasé ahí y entonces cuando entré acá, y luego me dieron la oportunidad para entrar aquí y pues entré. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

En cuanto a la pregunta de la encuesta "¿cómo te sientes como estudiante de medicina en este momento?", poco más de la mitad de los hombres (57%) y poco menos que la mitad de las mujeres (49%) mostraron un nivel de satisfacción adecuado. Esta pequeña diferencia genérica podría ser completamente azarosa o tal vez podría significar que ellas son un poco

más críticas con las condiciones de la escuela y de la carrera, además de que posiblemente estén expuestas a un clima de mayor presión u hostilidad, tal vez relacionado al continuo reto de tener que demostrar estar a la altura y hasta ser mejores en cualquier circunstancia. Lo anterior, considerando que, como veremos más adelante, a pesar de que la carrera de medicina tiende a la feminización del alumnado, las configuraciones de género y el carácter masculinizado de la carrera y de la profesión continúan siendo las mismas de antaño.

Los hombres expusieron un sentimiento de confusión o incertidumbre con la carrera menor (16%) que las mujeres (25%). Se observa que aún si los niveles de satisfacción son poco diferenciados entre hombres y mujeres, a medida que se pasa de la “incertidumbre” a la insatisfacción alta, se presenta una diferenciación que tendencialmente pesa más sobre las mujeres.

En general, podemos decir que la satisfacción por la carrera es limitada, pues abarca solamente al 53% del alumnado, y que, si se establece que la confusión es un estado previo a una insatisfacción declarada, podría decirse que el 47% de los y las estudiantes muestra algún grado de insatisfacción con su carrera. La mayor insatisfacción de las estudiantes en comparación con los estudiantes varones (51% y 43%, respectivamente), podría nuevamente aludir a una experiencia sistémica de desigualdad genérica que las estudiantes mujeres enfrentan en la cotidianidad de la carrera.

En relación a la pregunta “razones para estudiar medicina”, una representación social que algunos estudiantes externalizan ante la carrera tiene que ver con el estatus o prestigio que Medicina representa, donde el 30% de los hombres y el 23% de las mujeres contestaron en ese sentido; tal vez un posible indicador de búsqueda de autoridad y de poder por parte de ellos.

Las preguntas “¿cómo debe ser un médico de prestigio?” o “¿qué características debe de tener un buen médico?” trataron de captar el significado ó la representación social que cada estudiante tiene de la profesión, con las aspiraciones implícitas o explícitas que establecen como prioritarias en su identidad profesional en formación. Aquí se encontró que en general un tercio de cada mujer u hombre (33% mujeres y 32% hombres) contestó en primer lugar que las características que promueven establecer una buena relación médico-paciente son esenciales y prioritarias para ser un buen médico. Una visión similar comparte Natalia, estudiante del tercer año en su testimonio a continuación:

Sí, es algo que yo deseo porque siento que muchos médicos se desensibilizan a los, algunos problemas de otros y es algo que yo no quiero para mí. O sea, yo no quiero tener esa parte de deshumanización y, pues hacer menos a las personas porque sí he visto algunos médicos

que hacen menos a las personas, yo creo que hay que, para esta carrera hay que ser -como dicen popularmente- muy gente, porque trabajas con la gente. Entonces, sí, como sea la salud de una persona es una responsabilidad para nosotros. (Natalia, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Al tomar en cuenta la respuesta de los alumnos a la primera de las dos preguntas, un porcentaje muy bajo de mujeres (8%) y hombres (6%), reportó que las principales características de un médico de prestigio es presentar un buen porte, tener y ejercer disciplina, ser puntual, eficiente y profesional. Al calcular todas las respuestas de hombres en comparación con mujeres, se encontró que un porcentaje mayor de hombres (17%) que de mujeres (11%) manifestó en su primera respuesta que los conocimientos y la preparación médica y académica son cruciales y, posiblemente, más importantes que otro tipo de característica. Tomando en cuenta todas las respuestas proporcionadas (la pregunta era abierta y permitió añadir todas las características que se les hacían relevantes e importantes), un porcentaje parecido (13% de las respuestas de varones y 10% de las respuestas de las mujeres) enfatizaron los conocimientos, la preparación académica, las habilidades y las competencias como las cualidades profesionales del ser médico más importantes.

Al analizar la primera respuesta dada por los y las alumnas diferenciando aptitudes mentales (inteligencia), hábitos estructurados (disciplina, puntualidad, seriedad, etc.), presentación y conocimientos y logros académicos por un lado, contra características emocionales, sociales y relacionales (empatía, amabilidad, honestidad, humildad, solidaridad, tolerancia, paciencia, respeto, sencillez, etc.), las mujeres presentaron porcentajes ligeramente menores en cuanto a la primera gran categoría (24%) y ligeramente superior en la segunda gran categoría (52%), en comparación con los alumnos hombres (28% y 45%, respectivamente).

Al analizar **todas** las respuestas proporcionadas a la pregunta “cualidades de un médico de prestigio” desagregadas por género, se encontró la misma tendencia ligeramente diferenciada por género (véase Tabla 6).

Tabla 6.- Análisis de todas las respuestas a la pregunta: cualidades de un médico de prestigio analizadas por género

	Mujeres	Hombres
Aptitudes mentales, hábitos estructurados, presentación y conocimientos, logros académicos	22%	29%
Características emocionales y sociales positivas	56%	40%

Fuente: Elaboración propia.

Ante la pregunta “cualidades que debe tener un médico/a con prestigio y buena reputación según tú”, las respuestas obtenidas fueron agrupadas en características personales, aptitudes mentales y aptitudes socio-relacionales. Basándonos en la primera respuesta plasmada encontramos tendencias parecidas, diferenciadas ligeramente por género. En cuanto a las características personales (Tabla 7) es de notarse también que un porcentaje ligeramente superior de mujeres enfatizó la importancia del buen porte y la presentación, con respecto a sus pares masculinos, aun si en general son porcentajes muy bajos:

Tabla 7.- Características personales

	MUJERES	HOMBRES
Capacidad desarrollada en el buen trato y comunicación con pacientes	32%	28%
Profesional -buen porte- presencia ⁸ presentación-puntual-disciplina-eficiente	8%	6%
Buen profesional -bien preparado	12%	17%
Características personales y éticas desarrolladas (buena relación médico paciente, compromiso y ética)	48%	48%

Fuente: elaboración propia.

Si se comparan las aptitudes mentales (Tabla 8) y las Aptitudes socio-relacionales (Tabla 9), nuevamente se pueden encontrar ligeras diferencias en las respuestas sobre la base del género, donde un porcentaje minoritario de hombres (28%) pero ligeramente superior a las mujeres (24%) enfatizan un poco más las aptitudes mentales (conocimiento, experiencia, capacidad, etc) como centrales, mientras un poco más de la mitad de las mujeres (52%) vs un poco menos que la mitad de los hombres (45%) tienden a darle mayor importancia a aptitudes socio-relacionales, como la amabilidad, la empatía, la actitud de servicio y la integridad.

Tabla 8.- Aptitudes mentales

	MUJERES	HOMBRES
Que sepa dar confianza/sabelotodo/que se exprese bien /que tenga experiencia/que tenga conocimiento/buen desarrollo académico/experiencia en casos atendidos/capacidades y habilidades técnicas	24%	28%

Fuente: elaboración propia.

⁸ La categoría presencia se refiere al modo de vestir, de hablar y de comportarse con los pacientes.

Tabla 9.-Aptitudes socio-relacionales

	MUJERES	HOMBRES
Amable/comprendivo/respetuoso/humano/accesible/honesto/humilde/buena actitud/tolerante/íntegro/servicial	52%	45%

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, al realizar el análisis en conjunto de las cinco respuestas que los alumnos dieron a la pregunta “cualidades de un médico de prestigio según tú”, se encontró que las aptitudes mentales, hábitos estructurados personales, conocimientos y logros escolares son ligeramente más importantes para los hombres (29%) que para las mujeres (22%), mientras que las actitudes socio-relacionales son más importantes para las mujeres (56%) que para los hombres (40%). Las diferencias encontradas son pequeñas o relativamente pequeñas por lo que son tentativas pero podrían indicar tendencias que valdría la pena explorar más a fondo en estudios posteriores.

Estos resultados preliminares nos sugieren que en general la representación social del ser buen médico es bastante parecida entre estos grupos estudiantiles, en donde se tiende a valorar positivamente las relaciones humanas y la aptitud de servicio hacia los pacientes más que el conocimiento en sí o características personales como la autodisciplina o la apariencia. Este primer acercamiento nos hace sospechar que la mayoría de los y las estudiantes entran a la facultad con una buena dosis aspiracional a ser "buen médico" y a valorar la medicina como servicio.

Este resultado se mantuvo al controlarlas respuestas por año de curso, donde no se encontraron diferencias significativas en este sentido entre alumnos y alumnas de primer, tercer y cuarto año ante la pregunta “cualidades de un médico de prestigio”, ni se encontró un mayor énfasis en años subsecuentes en cuanto a la importancia de los conocimientos clínicos⁹. Lo anterior nos hace pensar que con el progresar de la carrera (entre alumnos de primer años y alumnos de cuarto, por ejemplo) no se dan procesos de transformaciones profundas en cuanto a las representaciones sociales del "ser buen médico". Al parecer, los

⁹En primer año, son mencionadas en un 41% las características socio-relacionales, mientras que las características más personales de apariencia o de conocimiento en un 26%. En el tercer año, 52% de los alumnos mencionan las características socio-relacionales y en un 30% las características de conocimiento; y en cuarto año, predominan las características socio-relacionales (46%) sobre las de conocimiento (15%). Estos hallazgos son sugerentes porque podrían indicar que en la Fac. Med. UABJO el alumnado no cambia drásticamente sus representaciones sociales acerca del “ser médico” desde las que los acompañan previamente al ingreso de la carrera y a través de los años de estudio. De alguna manera, se podría aventurar que estos estudiantes al parecer no pierden su idealismo a través de proceso de socialización en el que están inmersos durante sus años de aprendizaje de la medicina.

años de formación en la carrera en este entorno educativo no parecen transformar esta representación social mayoritariamente compartida con respecto al ser médico.

Los resultados de la encuesta desagregados por género, por otro lado, parecen indicar que la representación social de “ser un buen médico” presenta algunas diferencias interesantes entre estudiantes varones y mujeres; por lo que podrían indicar que se trata de representaciones previas al ingreso a la carrera que, de manera ligeramente diferenciada por el género, se mantienen durante la formación y/o que aludan también a diferencias en el proceso de construcción de la identidad profesional de alumnas y alumnos, por lo menos durante la formación en la carrera.

Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": el nivel socioeconómico

En este apartado se reportan los resultados de la encuesta desagregando al estudiantado de acuerdo al nivel socio-económico en el que ellos mismos se auto-asignaron, para aproximarse a cómo y por qué las y los estudiantes en la Facultad se han acercado a la medicina, por qué estudian en la UABJO y cómo y con qué aspiraciones se están formando como médicos; prestando atención a posibles diferencias en sus respuestas de acuerdo a esta categoría.

Cabe aclarar desde un principio que la categorización hecha presenta limitantes importantes para acercarse al fenómeno de la articulación entre la dimensión de clase social y los motivos, expectativas y aspiraciones del estudiantado con respecto a su carrera y su futura profesión; limitantes de carácter teórico, así como metodológico y es importante aclarar algunas de ellas.

El concepto de nivel socioeconómico se asocia con el de clase social, aun si este último es polisémico, refiriéndose tanto a una categoría de diferenciación social con ciertos atributos derivados de condiciones materiales específicas, como a un proceso histórico y económico-político de formación social (Williams, 1983); este último asociado al pensamiento marxista. Es en la primera acepción que se vuelve sinónimo de estrato o nivel socioeconómico y, como tal ha sido utilizado por distintas visiones teóricas sociológicas desde Max Weber (1991), la sociología norteamericana funcionalista (Parsons, 1982) hasta la teoría de la reproducción social de Bourdieu (2002), en la cual, además de la base material se enfatizan las dimensiones de estatus social y de distinción cultural. Aun si en esta segunda acepción, el concepto se vuelve una categoría estática y ahistórica, su carácter descriptivo nos es útil para acercarnos a una realidad innegable de profunda desigualdad social en México y en Oaxaca, y nos aproxima a entender cómo ésta puede haber afectado las opciones universitarias y cómo

condiciona la experiencia cotidiana de la formación educativa actual de estos estudiantes. Además, nos permite comparar entre estudiantes que proceden de familias de distintos niveles educativos, ocupación y condiciones materiales de vida, tratando de ver cómo enfrentan material e ideológicamente su proceso de formación en la Fac. Med. UABJO. Finalmente, nos permite indagar si sus aspiraciones hacia la escuela y la carrera y sus expectativas hacia el futuro profesional se diferencian entre los distintos niveles.

A nivel metodológico, la dificultad principal que enfrenté fue el tener que recurrir a la auto-percepción para poder definir el nivel socioeconómico de cada alumno. Como ha reportado un documento reciente que ha estudiado el fenómeno de la creciente desigualdad en ingresos y las clases sociales en distintos países incluyendo México (OCDE, 2019), hay un sesgo de los grupos sociales hacia percibirse como clase media, tanto de parte de los segmentos más ricos, como por parte de los segmentos más pobres; esto, independientemente de sus situaciones económicas objetivas.¹⁰ Se reporta que este sesgo es particularmente alto en México. Es muy probable que esta situación ocurrió precisamente en la auto-percepción reportada de los y las estudiantes encuestadas, donde el 73% expresó ser de nivel socioeconómico medio, y solo el 10% se describió de nivel medio-alto y alto (de ahora en adelante referido como "alto") y 17% de nivel medio-bajo o bajo (de ahora en adelante referido como "bajo"). Lo anterior sucedió aun cuando en la encuesta se les preguntó a las alumnas y alumnos no sólo identificar su nivel socioeconómico sino también explicar el porqué. No obstante estas limitaciones, los resultados de la encuesta arrojan algunos datos interesantes a nivel de tendencias.

En primer lugar, los datos corroboran que la Fac. Med. UABJO constituye actualmente una opción a escoger no solo para alumnos de nivel socioeconómico bajo, considerando que se trata de una universidad pública y de relativo bajo costo, sino también para alumnos de nivel medio y hasta para varios de nivel alto del entorno de Oaxaca, debido a múltiples motivos que sin embargo, presentan algunas diferencias importantes entre niveles. En general, el 61% de los estudiantes manifestó que la UABJO fue su primera opción formativa y esta respuesta estuvo influenciada por la clase social, donde el 68% de los estudiantes de nivel socioeconómico bajo y el 62% del nivel medio fueron los que más optaron por esta universidad, mientras ese porcentaje fue del 50% en el nivel alto. El nivel socioeconómico,

¹⁰ Este sesgo se origina en gran parte porque hay una tendencia en definirse integrantes de la clase media a partir de lo que se considera como un nivel mínimo de ingresos necesario para pertenecer a esta clase social. Ese nivel mínimo de ingresos tiende a ser muy inferior entre personas más pobres y mucho más alto entre personas más ricas (OCDE, 2019:18).

sin embargo, no fue el único motivo por esta selección preferencial, también jugaron y se entremezclaron el lugar de origen, las facilidades de inscripción, el vivir con los padres, la cercanía de la ubicación, así como el compartir una representación social acerca del prestigio de la facultad.

La preferencia por la UABJO desciende a medida que aumenta el nivel socioeconómico; en los niveles medio y alto, los que optaron por la UABJO lo hicieron por ser una facultad de cómodo acceso, pero inciden también y de manera creciente a que no se aprobó el examen de ingreso en otras facultades externas a la entidad (como la UNAM, la BUAP, la UAM o la Escuela militar, entre otras). Los porcentajes de los que no escogieron a la Fac. Med. UABJO como primera opción fueron 28% entre los de nivel bajo y medio y 43% entre los de nivel alto. En particular, el 32% de las y los alumnos de nivel bajo, 26% de nivel media y 21% de nivel alto escogieron la Fac. Med. UABJO por su facilidad de acceso debido a la cercanía geográfica y al bajo costo de la escuela. En general, los estudiantes del nivel bajo dijeron haber optado, preferentemente, por una institución cercana, de fácil acceso y de bajo costo, siendo estos motivos más importantes para estos estudiantes, mientras que los intentos fallidos en otras escuelas son más importantes para explicar su ingreso a la UABJO entre estudiantes del nivel medio y alto.

Fue muy alto el porcentaje de estudiantes de nivel socioeconómico bajo y medio que optaron por estudiar medicina por un interés vocacional (60%), mientras que entre los de un nivel socioeconómico alto únicamente un 36% optó por estudiar medicina por interés vocacional; una diferencia marcada que pudiera ser significativa (Tabla 10).

Tabla 10.-Razones por escoger estudiar medicina, por nivel socioeconómico auto-reportado

Nivel socio-económico bajo	60% por vocación
	28% porque me gusta, más diversas influencias que recibí
	12% ahora no me gusta pero antes fue mi deseo de vida
	0% ahora no me gusta, pero me dejé influir
Nivel socio-económico medio	61% por vocación
	30% porque me gusta, más diversas influencias que recibí
	2.8% ahora no me gusta pero antes fue mi deseo de vida
	5.6% no me gusta pero me dejé influir
	35.7% por vocación

Nivel socio-económico alto	42.9% porque me gusta, más diversas influencias que recibí
	0% ahora no me gusta pero antes fue mi deseo de vida
	21.4% no me gusta pero me dejé influir

Fuente: elaboración propia.

El 65%, del nivel alto, dice haber optado por la carrera de medicina por influencia, más que por vocación, donde el 43%, lo hizo como resultado de una combinación de vocación personal con la influencia de familiares u otras personas significativas, y otros incluso plantean que inclusive no les gusta, pero se dejaron influir; esto pudiera indicar una cierta orientación de clase, pues las respuestas estarían relacionándose, con el capital social (Bourdieu, 1983), representado por el ejercicio de la profesión médica en el entorno familiar inmediato. Los siguientes dos extractos de entrevistas son significativos en este sentido:

[Escogí medicina] porque me gusta mucho la carrera, desde bachillerato he llevado el área de la salud; y aparte de que mi familia sí influenció en esto porque tengo mucha familia que trabaja en el área de la salud, de hecho hay un hospital privado en mi familia, entonces pues yo iba allá y entraba, entro a cirugía y atiendo a los pacientes, y cosas así. (Paty, 18 años, estudiante de primer año, nivel alto, entrevista.)

Desde chiquita dije “voy a estudiar medicina”, más que nada por la influencia, mis papás médicos, mi abuelo médico, mi bisabuelo médico; soy la cuarta generación estudiando medicina, entonces, es como, desde chiquita fue como medicina, medicina, medicina. Y, pues, creo que por eso sigo aquí en medicina. (Ana, 21 años, estudiante de tercer año, nivel alto, entrevista.)

Para Bourdieu (1983), el capital social es el agregado de los recursos actuales o potenciales de que se dispone por pertenecer a un grupo, por la red social más o menos institucionalizada de que se disfrute y cuyas normas de acceso sean restringidas. Su volumen dependerá del tamaño de la red de conexiones que pueda movilizar y del volumen de las otras formas de capital que ese grupo posea. En las sociedades modernas, en las que es más difícil la exclusión explícita de una persona de un grupo, han surgido mecanismos que garantizan la homogeneidad de contactos sociales, como por ejemplo, mandar los hijos a determinada escuela, pasar las vacaciones y ratos de ocio en determinados lugares, de manera que los contactos sean con personas de una posición social equivalente. Este tipo de capital no puede circular (comprar y venderse como cualquier mercancía), aunque produce un “efecto halo”, el cual proporciona cierto valor a las personas que se relacionan con el propietario, como ocurre cuando se es amigo, o subordinado, de una persona con prestigio. Se controla su pertenencia interna y su exclusión externa a través de mecanismos de "cierre social" que impiden la movilidad social intergeneracional a quienes no pertenecen (Grusky, 1994).

La pertenencia familiar al gremio médico es una forma de capital social, como atestiguan los testimonios anteriores. En particular, para Paty su elección de la carrera de medicina se vio influida no sólo por tener familiares directos ejerciendo la profesión, sino por ser propietarios de una clínica privada. El acceso al ejercicio de una profesión que ya está establecida en la familia y en la cual se es dueños de un establecimiento privado asegura una fuente de trabajo e ingresos seguros, una vez egresadas de la carrera; sobre todo, si se logra seguir a posteriori en la especialidad.

Los resultados parecen indicar que los estudiantes de nivel bajo y medio son los que están mayormente convencidos y posiblemente comprometidos con su elección formativa o vocacional. Esto podría deberse también a que al no contar propiamente con un capital social relacionado al entorno médico (por lo menos en el caso de los estudiantes de nivel bajo), es probable que la aspiración e ideales puedan estar más orientados a una vocación de servicio y no a la selección de un empleo seguro con ingresos altos. Es posible que esto tenga que ver con una construcción social diferenciada de la profesión médica por clase social, que necesitaría explorarse mucho más a fondo.

Aquellos que optaron por la UABJO pensando en el prestigio de la facultad como un factor de atracción fueron 29% del nivel medio, 21% del nivel alto y solo el 16% del nivel bajo. Se trata de porcentajes bastante reducidos en los tres casos, donde posiblemente juega más bien la presencia de una representación social compartida de una universidad desprestigiada en general.

Como estudiante de Medicina, el ingresar a una institución que se considere de prestigio podría tomar diferentes connotaciones dependiendo del nivel socioeconómico de procedencia. Es posible que desde la perspectiva de un estudiante de nivel socioeconómico bajo, el prestigio sea irrelevante, considerando que tienen menos alternativas de seleccionar otras universidades por sus costos y distancia, o tal vez tengan menos referencia de familiares cercanos sobre el prestigio o el desprestigio de la escuela o bien piensen que, aún siendo una institución de prestigio, su éxito profesional va a depender principalmente de su esfuerzo personal, más que de la escuela de procedencia.

Conscientes de como posicionan ellos mismos a la UABJO en el *ranking* de escuelas, los y las jóvenes de clase alta enfrentan el desprestigio de la Facultad en su ambiente social de clase y en el ámbito profesional en donde se mueven sus padres, por asistir a una escuela que muchos en su entorno social consideran de calidad insuficiente y teniendo los medios económicos para acceder a una escuela particular, o trasladarse a las universidades públicas

prestigiosas en la CDMX, si hubiesen aprobado el examen de admisión. La experiencia escolar universitaria puede tener repercusiones emocionales en su construcción identitaria profesional, pues los obliga a lidiar con la percepción de ser descalificados en sus cualidades individuales y profesionales por haber cursado la licenciatura en una universidad que perciben como desprestigiada y que posiblemente les va a limitar sus chances de aprobar el examen para una especialidad a futuro, por lo que les toca resistir las amenazas que esto supone para su autoestima de profesional en construcción (Saravi, 2019). Puede ser que este tipo de situaciones sean enfrentadas más comúnmente por estudiantes del nivel alto.

En relación a la pregunta acerca de cómo se sentía el o la estudiante en relación a la carrera de Medicina en el momento de la encuesta, se agruparon las respuestas en categorías centradas en la satisfacción o la insatisfacción, obteniendo resultados contradictorios en cuanto al nivel socioeconómico. El 55% de las alumnas y alumnos del nivel medio, el 44% del nivel bajo, y el 36% del nivel alto se consideraron “satisfechos” y “muy satisfechos”. El 36% del nivel alto, el 24% del nivel bajo y el 20% del nivel medio se consideraron confundidos. El 32% del nivel bajo, el 29% del nivel alto y el 25% del nivel medio expresaron sentirse “insatisfechos” o “muy insatisfechos”: En general, las alumnas y alumnos del nivel medio (la gran mayoría) mostraron el mayor nivel de satisfacción; el nivel alto, el mayor nivel de confusión o incertidumbre; y el nivel bajo, el mayor nivel de insatisfacción pero también expresaron un mayor nivel de satisfacción que estudiantes del nivel alto.

Solo a nivel de hipótesis, se podría suponer que la insatisfacción de los estudiantes del nivel bajo pudiera ser consecuencia de una sensación de frustración debida a una formación regular o de baja calidad, o que posiblemente estén más conscientes en este momento de la carrera de que el “éxito profesional” no depende solamente de sus esfuerzos, disciplina y buenos resultados estudiantiles, sino de las relaciones con las que cuentan para obtener un empleo, ya que, a su egreso, por más esfuerzos y empeño que pongan en su carrera, si no logran entrar a la especialidad, es probable que se queden ocupando los eslabones más bajos en las instituciones de salud o en la consulta privada, careciendo además de los medios económicos o de las relaciones sociales para cursar una especialidad y/o para encontrar un trabajo seguro.

Posiblemente, los estudiantes de nivel medio estén más satisfechos porque ellos logran encontrar más en la carrera una opción de ascenso social; tal vez no les intimide el hecho de recibir una formación que, algunos sostienen, es de menor calidad que en otras universidades del país; posiblemente, piensen que podrán contar con recursos económicos y relaciones sociales que les ayuden a realizar una especialidad o una consulta privada exitosa; y/o no les

preocupe demasiado que para ascender profesionalmente tengan que moverse a otros estados o a otro país.

Los pocos estudiantes del nivel socioeconómico alto podrían mostrar más incertidumbre tal vez porque ellos—algunos de los cuales optaron por la carrera para seguir el ejemplo familiar, tener un buen trabajo seguro y mantener su estatus social en condiciones de comodidad y privilegio—vean que la carrera apunta hacia un esfuerzo y tiempo de formación cada vez mayor, y que en el medio urbano, que es su espacio de vida, se presenta una competencia cada vez más intensa y con menores oportunidades de avance económico rápido; los apremia, pues, el esfuerzo que implica mejorar profesionalmente, entrar a una competencia cada vez más ardua, la incertidumbre de aprobar el examen para la especialidad y los largos años de preparación que ésta implica, y perder comodidades adquiridas o sufrir privaciones durante los años del internado y/o de la especialidad. Sin embargo, las anteriores son solo hipótesis que habría que investigar en campo.

Se les preguntó a los y las estudiantes qué valores eran prioritarios para ellos para ser "buen médico" y se analizaron según el nivel socioeconómico. Se encontró que los y las estudiantes de nivel bajo y medio otorgan mucha prioridad a características personales y actitudes socio-relacionales que abonan a una buena relación médico-paciente (40% de los estudiantes del nivel bajo y 30% de los del nivel medio). Lo anterior, se refleja en la representación social de Antonio, un estudiante de nivel socioeconómico bajo (su padre es albañil en Pochutla) de lo que consiste ser un buen médico, como se ve a continuación:

Mira, cuando yo te pregunté ¿cuáles son las cualidades de un médico con prestigio y con buena reputación? Tú dijiste: eficiencia, visión, solidaridad, empatía y constancia. Esas características, tú, ¿de dónde las sacaste? O sea, dónde ¿hay alguien en la escuela que tú veas como que refleja esto? ¿o esto pensabas desde antes de estudiar medicina? Sí, es como... realmente, quizá, y de forma idílica, de forma... lo que según era, según yo aspirar a la perfección. Tenía que reunir pues esas características, este, pues yo sí me imaginé intentar obtenerlas para la práctica profesional. (Antonio, 22 años, estudiante de tercer año, nivel bajo, entrevista.)

En comparación, porcentajes bastante bajos de los niveles bajo (16%) y medio (23%) mencionaron como muy importantes el conocimiento y las habilidades técnicas.

Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": Escolaridad de los padres y movilidad social

A la carrera de Medicina en la UABJO están llegando alumnos que en su mayoría ya fueron "filtrados" a través de un embudo, por lo que la población estudiantil es reflejo de las

profundas desigualdades sociales y educativas del estado, llegando entonces a estudiar la carrera estudiantes que, en su gran mayoría, proceden de familias no solo de un nivel socioeconómico medio y alto, sino con padres con un nivel educativo profesional. La asociación entre nivel educativo y nivel socioeconómico es estrecha de por sí y el nivel educativo ha sido tomado como un elemento importante para acercarse a una definición multidimensional de estratificación o clase social, más allá de la ocupación y los ingresos, en mediciones clasificatorias que ha propuesto por ejemplo, el INEGI en México (Negrete Prieto y Romo Anaya, 2014).

La relación entre ambos factores se ha estudiado más claramente a través del análisis de la movilidad social, entendida como los cambios que se experimentan como individuos, hogares o grupos sociales en su condición socioeconómica (Vélez Grajales et al., 2019). En un contexto de profunda desigualdad social como el mexicano con una movilidad social rígida y tendencialmente baja, se ha tratado de entender si y hasta qué punto las oportunidades y el destino social de una persona están determinadas por su origen familiar (Solís, 2016), donde no sólo la distribución del ingreso y de la ocupación y sus cambios intergeneracionales, sino el acceso a la educación y la movilidad educativa de la persona con respecto a sus padres es un factor importante a analizarse (Vélez Grajales et al., 2019). Una encuesta reciente sobre movilidad social en México que incluye la movilidad educativa reporta que la asociación entre nivel socioeconómico de origen y movilidad educativa es muy alta y rígida, donde las personas que nacieron en hogares de estrato alto tienen más de 18 veces de mayor probabilidad de ingresar a la universidad y, una vez dentro, más de tres veces la probabilidad de permanecer y egresar, con respecto a personas que provienen de hogares de niveles socioeconómicos bajos (Vélez Grajales et al., 2019: 28). El mismo estudio reporta además que en la región sur del país, donde se ubica Oaxaca, la desigualdad social, medida por la movilidad educativa, es mayor que en otras regiones del país (*Idem*).

La encuesta se aplicó a estudiantes que ya habían ingresado a la Fac. Med. UABJO, por lo que se trata de jóvenes cuyo origen social, la ocupación y el nivel educativo de los padres, los años previos de escuela y la calidad de la educación recibida, se tornaron factores decisivos y acumulativos que permitieron su acceso a la universidad. Se exploró la dimensión de la escolaridad de los padres como otra variable descriptiva, preguntando a los estudiantes acerca de la escolaridad máxima alcanzada por sus padres y/o sus madres, ubicando así el nivel educativo de procedencia del núcleo familiar. Se encontró así que solo el 11% de los estudiantes tiene ambos progenitores que estudiaron únicamente en el nivel básico (primaria o secundaria); el 21% tienen ambos padres y madres que estudiaron a nivel medio-superior

(educación técnica, bachillerato o profesional no terminada), mientras que el 68% tiene por lo menos uno de los padres que terminó el nivel superior (licenciatura o posgrado).

Menos del 15% de los padres varones tiene estudios de secundaria o menor a ella; un 28% cuenta solo con bachillerato o profesional incompleta, mientras que el 58% cuenta con estudios profesionales o de posgrado (Tabla 11).

Tabla 11.- Nivel de escolaridad de los padres de los estudiantes de Medicina.

Escolaridad padre o madre	Frecuencia Padres	Porcentaje Padres	Frecuencia madres	Porcentajes madres
Ninguno	2	1%	0	0%
Primaria	7	5%	14	9%
Secundaria	12	8%	28	19%
Total Nivel básico	21	14%	42	29%
Prepa/Bachillerato	26	17%	18	12%
Carrera técnica/comercial	7	5%	13	9%
Profesional incompleta	8	5%	5	3%
Total Nivel medio-superior	41	28%	36	24%
Profesional completa	72	48%	55	36%
Posgrado	12	8%	14	9%
Total Nivel superior	84	58%	69	47%
No contestó	5	3%	4	3%
Total	151	100.0%	151	100%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo, encuestas preliminares.

La escolaridad de las madres es un poco menor que la de los padres varones: 29% de ellas tiene secundaria o menos en nivel de estudio; 24% cuenta con nivel medio superior, y 47% con licenciatura o posgrado (Tabla 11). Esto indica, sin embargo, que el 83% de las madres de estudiantes de medicina se encuentra por encima del promedio escolar estatal, y si a ello agregamos que casi la mitad de ellas tiene estudios profesionales terminados, es posible inferir que el ambiente social en que han crecido la mayoría de los y las estudiantes de medicina ha sido propicio para que hayan desarrollado un trayecto de escolaridad continuo y sin rezago, y en condiciones favorables para cursar una carrera que requiere de alta disposición, apoyos y entrega, tanto del núcleo familiar como de las y los estudiantes.

Lo anterior indica que el nivel de estudios de los padres y madres de estudiantes de medicina es en promedio muy alto, sobre todo si se considera que la escolaridad promedio de la población oaxaqueña es de apenas 7.5 años de estudio, o sea de primero de secundaria (INEGI, 2015).

Ya vimos como la mayoría de los estudiantes de la Fac. Med. UABJO se auto-percibe de nivel socioeconómico medio y reporta tener por lo menos un padre profesional, por lo que, para ellos, la carrera no representa necesariamente un mecanismo de movilidad educativa ascendente sino de permanencia. Sin embargo, un 34% de los alumnos sí tiene padres que no son profesionales, por lo cual se puede deducir que para ellos entrar a la UABJO y a la carrera de Medicina representen una forma de movilidad social ascendente, asociada con el acceso a la educación superior.

Por lo anterior, podemos deducir que la movilidad social de las y los jóvenes que ingresan a la Facultad de Medicina es en realidad limitada, debido a que quienes logran llegar a la carrera de Medicina provienen, en su mayoría, de hogares que de por sí, ya contaban con padres profesionistas (Solís, 2014); además de ser quienes tuvieron mejores oportunidades educativas previas, mejores condiciones materiales y un mayor acceso al capital social y simbólico que el nacer y crecer en esos hogares les dio en cuanto a posibilidades educativas y de vida. En algunos casos, sí podemos hablar de que los estudiantes que provienen de hogares de nivel socioeconómico bajo y cuyos padres no accedieron a las mismas oportunidades escolares, están experimentando una movilidad educativa ascendente.

Sin embargo, los estudios previamente citados han demostrado que en México, el sistema educativo no logra romper la asociación entre orígenes y destinos; o sea la educación no es suficiente para garantizar el ascenso social, un empleo profesional seguro y un buen ingreso económico. El nivel de pobreza del hogar de origen influye más que la educación per se en las probabilidades de no lograr una movilidad social ascendente para jóvenes de clase social baja, mientras que el nivel de riqueza de origen se mantiene en la mayoría de los casos, aun sin alcanzar una educación profesional (Solís, 2016; Vélez Grajales et al., 2019).

En el caso de la carrera de medicina, es importante recordar que aun si la movilidad educativa para estos jóvenes se puede traducir, al terminar la carrera, en mejores oportunidades laborales y mayores ingresos sobre todo en comparación con las ocupaciones y los sueldos percibidos por sus padres en el hogar de origen, esto no implica que tendrán necesariamente las mismas oportunidades laborales y alcanzarán los niveles de ingresos de muchos de sus coetáneos de nivel socioeconómico medio o, menos aún, alto. La formación médica está cambiando en el sentido de que ser un médico general ya no es suficiente para poder garantizar ascenso social y bienestar económico a través del acceso a un empleo bien remunerado. La aspiración hoy en día para la gran mayoría de quienes estudian medicina no es titularse y ejercer como médicos generales, sino cursar la especialidad, ante un panorama

donde aproximadamente el 20% de los que aspiran hacerlo en el país, pasan el examen de ingreso de la ENARM, por lo que la gran mayoría de los titulados egresados de las facultades de Medicina, se quedarán ejerciendo como médicos generales en una gran variedad de situaciones laborales, incluyendo el precariado. En Medicina, el embudo se ha movido un peldaño más arriba en el escalafón social y este actúa filtrando de tal manera que, es muy posible que los egresados de nivel socioeconómico bajo y cuyos padres tienen menor escolaridad que ellos, tengan menos probabilidades de lograr seguir formándose en una especialidad con respecto a sus coetáneos que han tenido desde siempre mayores oportunidades, mejor educación, condiciones materiales de vida más holgadas y acceso garantizado a distintas formas de capital social y simbólico.

En el análisis de los resultados de la encuesta, se revisaron los motivos de selección de la carrera, de acuerdo a la escolaridad diferenciada de los padres y madres. Se cruzó la escolaridad media de los padres con las razones por las cuales los estudiantes habían optado por estudiar medicina y se encontró que la respuesta "por vocación" fue muy alta (72%) entre los estudiantes con padres de educación media ó profesional incompleta y medianamente alta (56%), entre estudiantes con padres que tienen un nivel de educación básica; parecido, este último, al porcentaje de estudiantes (54%) con padres profesionales.

Entre las y los estudiantes cuyos padres estudiaron hasta un nivel de educación básica, así como entre aquellos cuyos padres son profesionales, aproximadamente una tercera parte (37% y 34%, respectivamente), contestó que habían escogido la carrera de medicina por gusto y además, por influencia de parientes y/o amigos. Son los estudiantes cuyos padres solo alcanzaron una educación básica o medio-superior los más proclives (67%) a haber seleccionado la carrera de Medicina por las aspiraciones o ideales que se consideran como intrínsecos a la carrera de medicina (Sanz, 2014), como ser empático, responsable, competente y confiable con sus pacientes.

Al parecer, quien ya vive en su ambiente familiar cercano al gremio médico, sabe de antemano que muchos de estas aspiraciones o ideales posiblemente existan de manera idealizada en la construcción social que la población tiene sobre "el ser médico", pero que no necesariamente se reflejan en la práctica profesional cotidiana de sus padres, los cuales, finalmente, podrían fungir como modelos no sólo positivos sino también, negativos.

La opción de seleccionar la carrera principal o exclusivamente por consejo de familiares o conocidos no se comporta como lo esperado; no se observa el peso de la tradición familiar sobre el estudiante, y, contra lo esperado, son los estudiantes cuyos padres son profesionistas,

pero no en el campo médico, los que reportaron haber escogido la carrera por influencia o consejos de otras personas (35%).

El sentimiento de desencanto con la carrera –por un deseo individual arraigado desde temprana edad, o por influencia de terceros- se comporta también contrario a lo esperado, ya que son los hijos de profesionistas médicos los que se muestran más decepcionados por la carrera seleccionada (59%), contra un 44% en los alumnos cuyos padres tienen otra profesión y 26% en los alumnos cuyos padres no tienen profesión. Estamos, pues, ante una situación que podría denominarse como de “crisis de identidad profesional”, ya que son los hijos de médicos los que posiblemente menos aceptan la carrera (sea por valores, o por ejemplo y tradición familiar), y, también, los que más insatisfechos se encuentran con su opción profesional. ¿Qué significados podría conllevar este resultado donde seis de cada diez estudiantes cuyo padre o madre o ambos son médicos, se encuentran decepcionados por la carrera? Posiblemente sea derivado de la crisis actual en la que las y los médicos que trabajan en Oaxaca están expuestos a condiciones laborales complicadas donde el desabasto es común, o a ejercer la medicina "a la defensiva" en la que como médicos deben estructurar su actuación de manera que sea poco proclive a una posible demanda médica por parte de pacientes insatisfechos.

En la encuesta se exploraron las representaciones sociales alrededor de la UABJO como universidad y la Fac. Med. UABJO, según la distinta escolaridad alcanzada por padres y madres de las y los alumnos.

A la pregunta si estudiar en la Fac. Med. UABJO había sido su primera opción, el 69% de los estudiantes cuyos padres estudiaron educación primaria o secundaria contestaron afirmativamente, en comparación con el 50% de aquellos que provienen de núcleos familiares de educación media superior o vocacional, mientras que el 64% de los hijos de profesionistas contestaron positivamente. Aun si las diferencias son pequeñas, son hijos de médicos los que la priorizaron a la Fac. Med. UABJO como opción formativa (67%), sobre los hijos cuyos padres se formaron en otras profesiones (63%).

Posiblemente el porcentaje ligeramente mayor entre hijos de médicos sea debido a tradición familiar, a que comparten con sus padres y por experiencia que la Fac. Med. UABJO podría resultar una mejor opción que la educación privada, debido al prestigio de algunos de sus profesores y el acceso a prácticas hospitalarias demandantes y formativas a nivel clínico que se tienen como componente de la carrera. Esto se confirma con las respuestas a las razones del porqué la Fac. Med. UABJO fue la primera opción, donde los estudiantes procedentes

de familias con padre y/o madre de profesión médica, son los que más la consideran como una facultad de prestigio, calidad y tradición (40%), quizá sus propios padres y/o madres estudiaron la profesión en esta misma facultad. Su preferencia se puede relacionar también al capital social al que tienen acceso, por ejemplo si tienen familiares que se encuentran laborando dentro de la universidad, enseñando en la facultad, o estando relacionados con el gremio médico; esta situación también puede ser debida a que las y los estudiantes conocen de cerca historias de vida de familiares y conocidos que han alcanzado grados altos de especialización proviniendo de la Fac. Med. UABJO.

En cuanto al grado de satisfacción de las y los alumnos por la carrera en relación a la escolaridad diferenciada de sus padres no se encontraron diferencias significativas. Un poco más de la mitad de los estudiantes con padres con educación básica, media-superior y superior se encuentran satisfechos con su carrera (53% en promedio), y el resto expone algún nivel de insatisfacción (47% en promedio), mientras que el promedio de alta insatisfacción es del 8%. Lo anterior parece indicar que la mitad de la población estudiantil está satisfecha con la carrera, y la otra mitad insatisfecha, independientemente del nivel educativo de la familia.

Llama la atención este grado difuso de insatisfacción o frustración en casi la mitad del alumnado hacia su carrera, lo cual lleva a preguntar si esto podría ser indicativo de un futuro alejamiento de los nuevos profesionales (esto, en caso de si logran terminar la carrera y titularse no obstante el nivel de frustración o insatisfacción) de los valores humanistas en el ejercicio de la medicina, posiblemente redundando negativamente en su desempeño futuro como médicos.

Las representaciones sociales con respecto al estudio de la medicina y el "ser médico": El lugar de origen familiar

Al inicio de mi trabajo de campo pensaba que en la Fac. Med. UABJO encontraría una población estudiantil proveniente en números importantes del interior del estado de Oaxaca debido al proceso de masificación que la Fac. Med. UABJO y además porque, con la única excepción de la Universidad de la Sierra Sur (UNSI), es la única facultad pública de medicina en el Estado. Mi supuesto tenía que ver con mi idea preconcebida de que no sólo la UABJO tendría población estudiantil de clase media-baja y baja en su mayoría, sino que la población estudiantil foránea pertenecería también a estos estratos sociales y que un porcentaje importante fuera además de extracción indígena. En realidad, estaba colapsando distintas categorías de otredad en una sola, con respecto a mi propia identidad de capitalina originaria

de la ciudad de Oaxaca, hija de médico y cuya formación se realizó en la ciudad de México y en la Universidad La Salle, una universidad privada.

Los resultados de la encuesta indicaron por lo contrario que la mayoría de los y las estudiantes son originarios de la ciudad de Oaxaca, una sexta parte proviene de la zona conurbada o municipios cercanos a la capital (67% es entonces de la región de Valles Centrales) mientras que casi todo el resto proviene de ciudades de la costa o el norte del estado de Oaxaca. La gran mayoría (90%) son entonces originarios del estado de Oaxaca; mientras que el 7% proviene de otros estados de la república, y 3% son extranjeros provenientes de países como Costa Rica (Tabla 12).

Tabla 12.- Lugar de residencia del hogar familiar de los estudiantes de Medicina

	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad de Oaxaca	78	52%
Municipios colindantes Valles Centrales	23	15%
Otras regiones del Edo. de Oaxaca	35	23%
<i>Total Estado de Oaxaca</i>	<i>136</i>	<i>90%</i>
Otro estado del país	11	7%
Otro país	4	3%
Total	151	100%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo, encuestas preliminares.

Una de mis ideas preconcebidas sobre los estudiantes de Medicina era que, por ser en su gran mayoría oaxaqueños, muchos debían de hablar alguna lengua indígena (HLI), sobre todo aquellos que vienen del interior del Estado.¹¹ Sin embargo, en las encuestas ninguno de los estudiantes manifestó hablar o conocer alguna lengua indígena; reportando además que sus padres se encuentran en situación muy similar, ya que sólo en un caso se le atribuyó ser HLI. Este dato contrasta con los datos oficiales de la Fac. Med. UABJO que vimos al principio de este capítulo. Es posible que en mi muestra, efectivamente por cuestiones de azar o de sesgos de representatividad, no se incluyeron estudiantes HLI, o que en la muestra este dato puede

¹¹ De acuerdo a la última Encuesta Intercensal, el 33 % de la población de Oaxaca es HLI (INEGI, 2015). Mi idea no tomaba en cuenta tres grandes factores: a) que el porcentaje de HLI en el estado de Oaxaca incluye todos los rangos de edad y que las lenguas se están perdiendo entre las generaciones de jóvenes por lo que el porcentaje de HLI es mucho más bajo entre este grupo etario, b) que el 33% de HLI para Oaxaca incluye a toda la población la cual tiene un promedio de escolaridad de 7.5 años¹¹ mientras que la población joven que llega a la universidad es un sector minoritario y privilegiado que ha estudiado muchos más años, cuando las poblaciones HLI tienden a tener una menor escolaridad y c) que yo pensaba que muchos estudiantes vinieran de contextos rurales o semiurbanos que son contextos donde los HLI son más representados que en las ciudades.

haber sido subregistrado por el estigma que significa para algunos jóvenes el reconocerse indígena. En particular, el problema de la estigmatización genera consecuencias negativas que provocan resistencias a hablar -o a reconocer que se habla- la lengua materna y/o a que pertenece a alguna comunidad indígena. Este problema se da principalmente -pero no sólo y por supuesto, ni siempre- entre aquellas personas que se han debido desplazar de su comunidad hacia lo urbano:

Entre los resultados de la encuesta, se vio que, para los estudiantes provenientes de la ciudad de Oaxaca y Valles Centrales, la carrera fue elegida por la vocación en un 55%. Este porcentaje subió al 66% entre los estudiantes provenientes de otras regiones de Oaxaca, y fue del 60% en los que procedieron de otros estados y entre los pocos extranjeros; o sea que las diferencias son pocas entre los tres. La vocación parece ser más importante como factor electivo entre estudiantes que provienen de las regiones del interior de Oaxaca.

La selección de la carrera por influencias de familiares o amigos, por la cercanía geográfica y/o por no haber sido aceptados en otras facultades del país, fue parecida entre estudiantes de las distintas procedencias: 33% para los estudiantes originarios de la ciudad de Oaxaca y cercanías, al igual que para aquellos procedentes de otras entidades del país; con un porcentaje ligeramente inferior (26%) entre alumnos provenientes de otras regiones del estado.

El grado de satisfacción de las y los estudiantes de Medicina en relación al lugar de origen también se diferenció muy poco: un 55% de los alumnos de Oaxaca y Valles Centrales, un 58% de los del interior del estado y un 47% de los de otros estados y del extranjero se declararon satisfechos o muy satisfechos con la carrera. La insatisfacción con respecto a la carrera fue solo del 5% entre estudiantes de la ciudad de Oaxaca y municipios cercanos, de 11% entre los del interior del Estado y del 20% entre los foráneos.

Por otro lado, la selección de la UABJO como primera opción de estudio, es mayoritaria entre los estudiantes de la ciudad de Oaxaca y cercanías (64%), y se mantiene por encima de la mitad entre el grupo de otras regiones de Oaxaca (57%), así como entre los provenientes de otras entidades del país (53%). Eso implica que, a pesar de los múltiples cuestionamientos organizativos, políticos y/o académicos, y hasta el desprestigio que sufre la UABJO, la Fac. Med. UABJO parece representar una opción profesional aceptable para la mayoría del alumnado y sus familias, independientemente de su lugar de origen.

La Fac. Med. UABJO fue seleccionada por tradición familiar o prestigio solamente por un tercio de los estudiantes de la ciudad de Oaxaca y municipios cercanos (33%), por menos de

la quinta parte de los provenientes de otras regiones (17%), y por ninguno de los estudiantes originarios de otros estados. Eso implica que en su conjunto, solo la cuarta parte del alumnado (26% del total) seleccionaron estudiar Medicina en esta facultad, por tener una imagen favorable de la institución, y que la imagen no tan favorable, posiblemente se acentúa entre los que se forman una opinión a través de los medios de comunicación, o de la reputación comparativa que, de forma directa o indirecta, se conoce de otras instituciones de formación médica en otras entidades.

Poco más de la mitad (52%) de las y los alumnos provenientes de la ciudad de Oaxaca y Valle de Oaxaca, el 57% de los estudiantes originarios de otras regiones del Estado, y tres cuartas partes (73%) de los estudiantes foráneos, seleccionaron a la Fac. Med. UABJO por una decisión práctica; es decir, por estar cerca y ser universidad pública y casi gratuita y/o, por ser la única o última opción. No se preguntó a los foráneos si habían llegado a establecerse a la ciudad solos o con sus familias, por lo que es difícil poder inferir las razones atrás de esta decisión. Lo que queda claro en todos los casos que respondieron afirmativamente en este bloque de preguntas es que, independientemente del lugar de origen, la UABJO es atractiva para un porcentaje mayoritario de estudiantes por ser una universidad pública y de bajo costo.

“Siempre han dicho que medicina es carrera para hombres”: Experiencias de género en la formación del “ser médico”

Como vimos en las encuestas, las representaciones sociales del alumnado con respecto a sus razones por estudiar medicina y hacerlo en la UABJO y sus expectativas y aspiraciones con respecto a la profesión médica no distan mucho entre las jóvenes mujeres y sus pares varones, con algunas interesantes excepciones. Lo que sí cambia, es la experiencia de ser estudiante de medicina, la cual está profundamente marcada por el género en la Facultad.

De por sí, tenemos el fenómeno de la feminización en el alumnado que experimenta actualmente la Fac. Med. UABJO lo cual es incuestionable y tangible y que me sorprendió por su magnitud y visibilidad al circular por la Facultad, en los salones de clase pero también en los pasillos, la biblioteca y la cafetería a toda hora del día. Es un fenómeno del cual son conscientes las mismas alumnas las cuales a veces, reivindicán con orgullo el logro que esto ha representado para ellas como mujeres históricamente subvaloradas, en algunos casos hasta expresando un cierto sentimiento de revancha ante sus pares varones. Marisol, una alumna de tercer año originaria de la ciudad de Oaxaca, por ejemplo, relata que hay más mujeres en

la escuela de medicina, y ventura, aún con cierto grado de titubeo, la posibilidad de que éstas tiendan también a tener mejores promedios que los estudiantes varones:

Pues, no sé, yo siento que tal vez... antes, tenían la mentalidad de que pues el hombre tenía como cierta superioridad en la capacidad mental, o algo así, y yo creo que ahorita, yo creo que en todo, no sólo en la carrera, hay... están entrando un poco más las mujeres, y siento que hemos hecho un buen papel. Y por eso, así como hay muchos muchachos que también son muy capaces en la escuela, pero también siento que las niñas sí... incluso, en mi salón, los mejores promedios son de niñas, y demás. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

La feminización creciente del estudiantado nos obliga a reflexionar acerca de las implicaciones que este proceso podría conllevar en la manera en la que los alumnos y alumnas aprenden medicina y se socializan en el saber y el ser médico hoy en día, ya que la construcción social del género atraviesa estos procesos. Es muy posible, sin embargo, que se viva solamente un cambio a nivel numérico, el cual no se refleja necesariamente en una transformación del *currículum* oculto transmitido a través de los y las docentes, donde tradicionalmente la medicina se ha enseñado como una práctica profundamente masculinizada (Pozzio, 2014), en contextos sociales donde las mujeres, primero estudiantes, después profesionales y eventualmente docentes tienen que sortear obstáculos y buscar cómo insertarse y adaptarse.

Una posible transformación de esta práctica en el proceso de enseñanza-aprendizaje podría lograrse con un incremento de docentes mujeres en la Facultad; esto es un contraste importante cuando se habla de la mayor participación o presencia de mujeres en la formación y práctica de la medicina: hay un corte generacional que es muy importante señalar, ya que las mujeres estudiantes superan a las mujeres docentes.

La participación de las mujeres como docentes en la UABJO varía según las áreas académicas: están presentes con mayor frecuencia (40%) como profesoras en las áreas de Educación y Humanidades; sin embargo, este número desciende a una cuarta parte en Ciencias de la Salud y Ciencias Naturales y Exactas. En Ciencias de la Salud la presencia de profesoras también es baja en comparación con los datos nacionales (entre 18 y 27% del total de los profesores a fines de los años 80. Además, en Ciencias de la Salud se encuentran más profesores con edad avanzada y el menor porcentaje de jóvenes, con solo el 15% de los profesores con poca antigüedad; finalmente, casi tres cuartas partes de los profesores realizaron sus estudios de licenciatura en la UABJO, por lo que hay una endogamia muy elevada en la facultad (Montes, 2003).

Durante mis observaciones de campo pude constatar de manera directa que efectivamente existe todavía un número muy exiguo de profesoras en la Fac. Med. UABJO, corroborado por el estudio de Montes (2003). Sin embargo, aún más que esta desproporción entre la cantidad de mujeres de la plantilla docente y el alumnado lo que más me llamó la atención fue el constatar a través de las entrevistas con alumnas y alumnos y el poder presenciar interacciones sociales en distintos salones de clase que las mujeres que sí son parte del cuerpo docente, en su mayoría siguen sin cuestionar y de hecho reproducen y fortalecen la visión androcéntrica de la profesión en sus procesos de enseñanza-aprendizaje con su alumnado, sobre todo cuando se trata de alumnas mujeres.

Un día, estuve observando e interactuando con estudiantes y me tocó atestiguar cómo Ana, estuvo preparándose para exponer en clase:

Ana camina por la Avenida San Felipe, atraviesa muchos puestos de comida que se encuentran en esta calle al lado de la Fac. Med. UABJO. Son casi las ocho de la mañana y la calle se encuentra llena de automóviles porque la facultad se encuentra rodeada de varias escuelas primarias, secundarias y preparatorias públicas. Ana se apura, sabe que la clase de Imagenología está a punto de comenzar y no quiere llegar tarde. La doctora que enseña la materia requiere puntualidad y es reconocida por los estudiantes como una docente "estricta".

Ana hoy viste de manera diferente. Usualmente viene a la escuela con un pantalón y camiseta blancas, tenis blancos y bata. Hoy se ha puesto un vestido blanco y zapatos cerrados, se ha peinado y maquillado, porque le toca exponer en clase, junto a Gustavo y Gerardo, sus compañeros. En otras ocasiones la maestra ha enfatizado en clase que, por ser mujeres deben de arreglarse más, que deben estar más presentables, ya que eso también cuenta para la calificación final.

Cruza por el patio posterior de la escuela rápidamente, entra a la cafetería y se encuentra a sus compañeros que están comprando algo para comer; mientras, repasan la clase de hoy, porque les toca exponer el tema "interpretación de la radiografía de tórax". Cerca de la hora avanzan hasta el salón de clases que está en los edificios de en medio de la escuela. Es un salón grande, de paredes azules, con un pizarrón blanco en el frente. Cuando llegan, Edgar -el jefe de grupo- tiene preparada la computadora conectada al proyector. Esperan pacientemente a que llegue la maestra.

Todos se encuentran en el salón para cuando la maestra llega. Ella pregunta a quién le toca exponer y responden afirmativamente Ana, Gerardo y Gustavo. Los observo a los tres parados al frente del salón y veo que su actitud es diferente, sé que los tres han estudiado y han preparado su tema, porque los he visto antes repasando en la computadora y buscando información; sin embargo, Ana y Gustavo se observan más nerviosos. Inicia Ana y titubea cuando se refiere a la silueta cardíaca. Será, tal vez, por lo que me contó la otra vez sobre la doctora amonestando a una de sus compañeras mientras exponía (Diario de campo, 15-11-18).

Ana misma comentó al respecto:

Y tantito se... trababa su lengua o se equivocaba en una palabra, y ya la empezaba a regañar; que si no había puesto bien algo o faltas de ortografía y ya la empezaba a regañar y que, si por ejemplo, se estaba durmiendo alguna mujer, uy, era "no, cómo es posible, si son señoritas, deberían estar siempre súper bien", "cuando yo era joven no se sentaban así" y todo. Pero en cambio un hombre hacía todo eso... y no pasaba nada. (Ana, 21 años, estudiante de tercer año de medicina, entrevista.)

Finalmente, esa clase terminó y Ana obtuvo una calificación aprobatoria. Sin embargo, su nerviosismo ante la exposición que le tocaba, su vestimenta, maquillaje y pose ese día y lo expuesto por ella en el fragmento anterior, ilustran uno de los múltiples tratos diferenciales de género que las estudiantes de medicina experimentan en su paso por la Facultad en un contexto que, aun si se ha feminizado crecientemente en cuanto a cuerpo estudiantil, sigue estando profundamente marcado por la reproducción cotidiana de relaciones y roles de género esencializados y sexistas en los procesos de enseñanza-aprendizaje, promovidos no solo por los maestros varones--que constituyen la gran mayoría del cuerpo docente--sino también por algunas de las contadas maestras mujeres.

Durante la carrera de Medicina se viven las que se han conceptualizado como diferentes tecnologías de género (De Lauretis, 1987), de acuerdo a si una estudiante es hombre o mujer. Una tecnología de género es exigir, por parte de los profesores de medicina un arreglo especial en las estudiantes mujeres. Muchas veces estas demandas diferenciadas y sexistas de los docentes se presentan también entre profesoras, lo cual indica que las docentes mujeres participan activamente en la producción y reproducción de las tecnologías de género androcéntricas prevalecientes en cómo se enseña la medicina en los salones de clase y fuera de estos en la UABJO.

Como lo comentó Ana, refiriéndose a la experiencia de vivir exigencias específicas por parte de su profesora en cuanto a su apariencia física por el simple hecho de ser mujer, la imposición de esta tecnología de género se materializa con todo su peso a través de las relaciones de poder que la profesora ejerce hacia las alumnas; un poder que se transmite a través de comentarios, gestos y actitudes manifiestas que se dirigen específicamente a la apariencia física de la alumna como un elemento importante para valorar su desempeño académico. Son comentarios y gestos que pueden incomodar y enervar, pero que terminan siendo aceptados, naturalizados, normalizados y, finalmente, interiorizados, e incorporados/encarnados por la mayoría de las estudiantes, reproduciendo nuevamente el ciclo a nivel intergeneracional.

Para De Lauretis (1987), las mujeres son sujetos históricos gobernadas por relaciones sociales reales que incluyen de manera central el género; de esta manera, las estudiantes absorben durante la carrera de Medicina una representación social de como “ser médica” con la cual muchas--aun si no todas, ni en todo momento--terminan identificándose. Dicha representación tiene que ver con presentarse ante los otros avalando su preparación académica y sus conocimientos a través de la apariencia física, el porte, el decoro y la forma

de vestir, respondiendo a cánones hegemónicos de la belleza y el atractivo femeninos que se establecen en cada entorno social.

En los testimonios también pude observar que para las y los estudiantes la apreciación de que la carrera se facilita o se dificulta por el hecho de ser mujeres es frecuente, ya que ellas están más expuestas a situaciones de violencia de género, como es el caso con las insinuaciones y el acoso sexual por parte de los docentes varones. De manera interesante pero no tan sorprendente, fueron los estudiantes varones entrevistados que más estuvieron dispuestos a reconocer abiertamente que el acoso es práctica común entre los profesores con las estudiantes mujeres, como lo reconoció Ramiro en este testimonio:

Ya, es algo que ya se sabe, no sé porqué, y se toma muy común, que es lo malo. Pero, bueno, nadie dice nada porque pues a las mujeres no les afecta. No... cómo le digo, no es que ande tocando a las mujeres, simplemente sí se le va el ojo de vez en cuando. Pero, sí. Y a los hombres, pues, supongo que es más por orgullo que no dicen nada, porque no se quejan. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

El reconocimiento de la existencia del fenómeno, sin embargo, no se acompaña comúnmente por un reconocimiento de las afectaciones que el acoso provoca en las jóvenes estudiantes; se relata además de tal forma que la tendencia es a definir a las estudiantes mujeres como consencientes en esas situaciones y no como víctimas de un juego obligado por relaciones de poder jerárquicas donde ellas se encuentran en un papel subordinado y vulnerado:

[hablando de unos de sus profesores varones] Y, ya decía: "Ven, que guapa te ves hoy", pasándola al frente de la clase. "Ven, a ver una vuelta ¿a poco no se ve guapa? Vamos a tomarnos una foto". Y, ya se tomaban las fotos. (Gustavo, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Varios de los estudiantes varones entrevistados lo naturalizan y normalizan, concibiéndolo en términos de "preferencia" que los docentes varones tienen hacia sus compañeras estudiantes: "No pesada pero, bueno, algunos doctores pues sí tienen una pequeña inclinación favorable para las chicas." (Abraham 22 años, estudiante de tercer año, entrevista).

En su visión, se trata de situaciones que, lejos de ser molestas, incómodas, amenazantes y hasta denigrantes en las formas en que cosifican sexualmente a sus coetáneas, pueden en los ojos de ellos, hasta ser provechosas para las chicas, para mejorar su desempeño escolar y mantener o subir calificaciones, adjudicándoles una agencia en la interacción con los profesores que bien podría ponerse en entredicho por las relaciones de poder asimétricas que enmascaran:

Entonces, la chica expuso, mmmhhh... bueno, realmente, con toda sinceridad, no me gustó cómo expuso; no lo sentí así, sorprendente. Y tiene su punto, por su buena exposición. (Abraham, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Ajá, es como con todos los hombres como que... los juzga mucho, y a las mujeres como que les perdona muchas, muchas cosas. (Gustavo, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Sí, bastante. Eh, el profesor que más nos pasa a exponer es el de histología, y siempre les pone mejores calificaciones a las mujeres que a los hombres; como que tiene más tolerancia con las mujeres que con los hombres. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

Vista desde las perspectivas de las estudiantes mujeres, esta misma situación se interpreta de manera muy diferente. De forma parecida a sus pares varones, hay alumnas mujeres que reconocen que el acoso es un fenómeno extendido dentro de la Fac. Med. Uabjo y ejercido por parte de docentes varones en el entramado de las relaciones inter-genéricas de poder que los profesores establecen en sus cursos con las estudiantes. Ana voltea el argumento de la valoración del desempeño académico favorable a las chicas por "ser chicas", sosteniendo que sucede exactamente lo contrario. Su argumento es que los docentes usan el poder que tienen en valorar el desempeño académico y afectar la carrera de cada alumna, para ejercer presión a través del otorgamiento premeditado de calificaciones bajas para obtener así "favores" de las chicas a cambio de pasarlas en sus materias:

Sí, y más que nada, muchas veces los doctores como que a las mujeres -por ser mujeres- o les piden algo para pasarlas o les ponen calificación baja para que, pues les pidan algo para subirles calificación... como que se aprovechan. Digo, la mayoría de los catedráticos son hombres. (Ana, 21 años, alumna de tercero, entrevista.)

Diana argumenta la existencia del mismo fenómeno, pero alude a que hay mujeres que son co-partícipes o por lo menos co-responsables de esta situación, por haber "cedido" a las presiones de los profesores a cambio de calificaciones aprobatorias:

Pero, supuestamente, sí ha habido de que acosen a las alumnas, que les pidan a cambio pues pasarlas. Pero pues, a veces, sí hay alumnas que han cedido y por eso no, no hablan porque pues les conviene, para ellas les conviene, pasar y ya. (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

De todos los testimonios anteriores, resalto que tanto alumnos como alumnas expresan su titubeo al reconocer y su desconfianza al denunciar situaciones de este tipo, pero desde posicionamientos distintos, por motivos diferentes y con explicaciones hasta opuestas. Lo que los acomuna es una representación social del sexo-género en todos los casos, naturalizada y esencializada como categóricamente opuesta y profundamente dicotómica. Esto se percibe por ejemplo, cuando Ana alude a el acoso como algo inevitable porque los profesores son "hombres" y las estudiantes "mujeres": los primeros las persiguen y se aprovechan de ellas cuando posible, quizá bajo el supuesto de que esa conducta es parte de una naturaleza

masculina guiada por impulsos sexuales irrefrenables y por la necesidad incontrolable de conquistar a mujeres.

Diana a su vez, alude a que las mujeres "ceden", de lo cual se puede inferir que tendrían más bien que resistir y no ceder, a través de conductas que preferentemente no sean agresivas y confrontacionales, sino sutiles y esquivas, sorteando las insinuaciones de manera típicamente "femenina". Si "caen" es porque hay una motivación atrás de sacar provecho para su desempeño académico. O sea, nuevamente se fortalece esta articulación entre sexualidad, apariencia y atractivo físico y seducción, por un lado, con el desempeño escolar, por el otro; solo y exclusivamente para el caso de las estudiantes mujeres. De ahí, el paso es corto a desvalorar la preparación académica y la adquisición de conocimientos por parte de ellas por sus propios méritos intelectuales o su disciplina de estudio, sobre todo entre profesores y estudiantes varones, cuestión a que el testimonio anterior de Ramiro parece aludir.

Que las estudiantes enfrenten este clima sexista en donde tienen que probarse a sí mismas y a los demás que son capaces intelectualmente de estudiar y formarse en una carrera que tradicionalmente se ha considerado privilegio de hombres y que su desempeño académico es resultado de sus esfuerzos y no de los "favores" que hacen y les hacen los profesores, es revelado por este testimonio de Marisol:

Había una clase que el doctor sí hacía referencia a eso [a la inferioridad de las mujeres]. Incluso llegó a hacer un comentario que, la verdad a mí me molestó mucho, dijo que a él le daba pena, o sea, se apenaba de ver que ahora hubiera más mujeres que hombres en la facultad, y en las clases. Y, siempre hacía comentarios de ese tipo, era un doctor muy desagradable, pero esa vez sí lo dijo y así muy claro, pues ¿no? Que le daba pena ver que en los salones hubiera más mujeres que hombres ahora. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

La feminización de la profesión médica produce cambios a nivel de los significados, porque lo femenino tiene un imaginario social que no es inmutable y está constituido históricamente. La diferencia entre géneros se vive como una desigualdad, desvalorizando las características atribuidas a lo femenino (Pozzio, 2013). La feminización de la profesión médica se vive a partir de los cambios en las configuraciones de género que apuntan a que la diferenciación masculino-femenino se vuelva progresivamente más abierta, flexible y menos dicotómica (*Idem*). Sin embargo, al parecer en la Fac. Med. UABJO aún no sucede esto o los procesos son más incipientes por lo que no son todavía visibles.

El mayor número de alumnas en relación a los profesores y profesoras, nos obliga a pensar sobre las implicaciones de ser mujer y estudiante de medicina en un ambiente de enseñanza-aprendizaje en el que se carece de suficientes mujeres que funjan como modelos de

profesionales médicas que no sean sexistas en su transmisión de saberes y en sus actitudes como docentes. Lo anterior, en un proceso de formación y una profesión que han tenido una vocación histórica, y como vimos en los ejemplos anteriores, tienden todavía en la actualidad, a ser profundamente masculinizadas y sexistas y donde los modelos en la formación de la identidad profesional médica son particularmente importantes (Apker, 2004). Vimos cómo, por lo contrario, en la Fac. Med. UABJO hay docentes mujeres que tienden a reproducir la visión hegemónica de la medicina en cuanto al género, en su propia forma de ser docente y en las relaciones sociales que establecen con el alumnado; diferenciando sus exigencias según el género del estudiante y estableciendo ciertos requisitos y demandas solo hacia las alumnas mujeres.

Así como De Lauretis (1987) lo expresa, las tecnologías del género han sido desarrolladas y son utilizadas en la vida cotidiana de la Facultad y en los procesos de enseñanza-aprendizaje con el alumnado para continuar la hegemonía (Gramsci, 1977), en este caso, de la visión androcéntrica o masculinizada de la profesión médica. Se trata de hegemonía y no de dominación, porque se ejerce también a través del consenso de las partes involucradas. La necesidad de implementar estas tecnologías de género para mantener esta visión de la profesión se ha vuelto más significativa aún en la actualidad, considerando que la creciente “feminización” de la población estudiantil se puede percibir como una amenaza al *estatus quo* de la visión androcéntrica y sexista de la medicina y de la profesión médica.

Para Pozzio (2013) el aumento del número de mujeres en la carrera médica se traduce como cambios sutiles que se están dando, en la forma en la que conciben la feminidad y la masculinidad. Pozzio sostiene que lo que está cambiando con la feminización de la profesión médica es la forma de ser mujeres en la medicina y en la vida; es decir, cómo se espera que una mujer o un hombre actúen frente a los retos que la medicina propone. El ambiente misógino en la Fac. Med. UABJO, sin embargo, es todavía una realidad que permea los procesos de formación y socialización de las alumnas. La persistencia de profesores que sistemáticamente devalúan a las mujeres y niegan sus capacidades de poder no sólo ser buenas alumnas, sino en aspirar a ser buenos médicos, es todavía innegablemente presente, aun si, posiblemente, se esté poco a poco transformando.

"Yo tenía que preocuparme de cuidarme a mí, de cuidar las pocas cosas que tenía y de ir al día en la escuela": Experiencias de clase¹² en la formación del ser médico

Más allá de los resultados de las encuestas en cuanto a si y cómo el nivel socioeconómico y la escolaridad diferenciada de los padres afecta las representaciones sociales acerca de la UABJO y la Fac. Med. UABJO, así como las razones del por qué decidieron estudiar medicina, sus sentimientos con respecto a la carrera y, sobre todo sus aspiraciones en cuanto al ser médico y a la profesión, la clase social se vuelve una experiencia vivida y encarnada en los y las estudiantes en la facultad, así como en sus narraciones acerca del por qué están ahí y cómo les afecta en su cotidianidad escolar y sus relaciones sociales y familiares. El significado que tiene para una familia que su hijo estudie o no en la universidad, comúnmente es constitutivo de la clase social. Bourdieu (1980) emite a este propósito la hipótesis de que un hijo estudiando en la universidad puede ser o un destino "natural", o una inversión necesaria, o una inversión a realizar si el hijo se lo merece o, finalmente, una pura excentricidad, dependiendo de la clase social de pertenencia.

La clase social no es sólo un concepto sociológico o de la economía política o una categoría teórica para ubicar segmentos poblacionales en la estratificación social; es también una experiencia vivida. Se encarna con intensidad, permea nuestra experiencia y sentido de nosotros mismos, afecta la autovaloración y la autoestima, y permite entender cómo los grupos se definen en contraste con otros, por medio de límites simbólicos (Lamont y Molnár, 2002). Bourdieu (1980) la define como una clase de individuos que comparten el mismo *habitus*; es decir, comparten socialmente subjetividades y experiencias encarnadas, más allá de compartir ciertas características estructurales (ingresos, ocupación, educación) y de vida material.

La construcción del otro y la otredad se ligan a la dimensión moral de la experiencia de clase; en otros términos, es parte de nuestra experiencia cotidiana de cómo la gente trata y valora al otro (Saravi, 2019). La clase es clave en nuestras experiencias biográficas, no sólo por las diferencias en riqueza material y seguridad económica que la determinan, sino porque afecta nuestro acceso a objetos, relaciones, experiencias y prácticas que valoramos; por lo tanto, nuestras oportunidades de vivir una vida plena y gratificante. Impacta, además, en el modo en que los demás nos valoran y responden, por lo cual tiene también influencia directa sobre

¹² De aquí en adelante y de manera heurística se usan los términos de clase social y nivel socioeconómico como si fueran sinónimos.

nuestra autoestima (*Idem*). Así, el lugar que ocupa la escuela, a la que en efecto nuestros sujetos de estudio lograron entrar, constituye para los estudiantes un indicador de las capacidades propias, incluso del valor social de sí mismos. (*Idem*).

En mi trabajo de campo me percaté de cómo la dimensión de clase es constitutiva de las subjetividades y experiencias de los y las estudiantes de la Facultad, aun si no siempre de manera tangible, tajante o unidireccional. En las entrevistas a profundidad realizadas a algunos estudiantes de la Fac. Med. UABJO, por ejemplo, resultan evidentes algunos aspectos de estas experiencias diferenciadas, como son los casos de Diana, Antonio y Omar, los tres siendo estudiantes de tercer año y autoadscritos a un nivel socioeconómico bajo en las encuestas; entre otras diferencias, los tres solo tuvieron a la facultad de Medicina de la UABJO en sus horizontes, entre otras razones porque es la universidad pública y de relativo bajo costo en la entidad.

Diana, originaria de Tehuantepec, Oaxaca y cuya madre es jefa del hogar (su padre no ha vivido con ellos desde hace muchos años) y es trabajadora doméstica, relató la importancia que tiene para ella el estudiar la carrera de medicina, procediendo de su entorno social y en un ambiente familiar donde nadie antes había logrado alcanzar niveles de estudio más allá de la secundaria:

Pues porque, mi mamá no estudió, mi papá no estudió; y las personas que yo conozco que han estudiado, siento que han tenido como que más oportunidades, como para trabajo, para todo. Entonces, yo siempre quise estudiar; siempre tuve la idea de que tenía que estudiar algo o dedicarme a algo, más que... un oficio, aunque sea, pero hacer algo; y si se me dio la oportunidad de estudiar pues sí la estoy aprovechando. ... Ah, allá, pues... sí, de mi generación como que unas cinco sí están estudiando. Y las demás ya se casaron, tienen hijos. Pero, pues, por lo regular allá eso pasa, en, de mis conocidas; que se casaron y ya no siguieron estudiando. (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Lejos de ser la universidad y el estudiar medicina un "destino natural" para Diana, fueron su interés, motivación y perseverancia que impulsaron a que su madre, no obstante las limitaciones y la estrechez económica, decidiera apoyarla a lo largo de todos sus estudios para que ella lograra -primera en la familia- llegar a la universidad. Fue ella, además, que decidió invertir en ella, impulsándola para que, en lugar de estudiar enfermería, mirara "más alto" e intentara entrar a medicina, carrera que se considera más difícil, más competitiva y con mayores posibilidades de un mejor futuro profesional.

En este fragmento, se devela además una dimensión específica de género que, junto con la clase social, es también relevante, para entender cómo el esfuerzo e inversión en los estudios por parte de Diana y su madre la separan del destino de muchas jóvenes mujeres de su

entorno social, donde no es fácil, ni menos común, seguir estudiando y la opción más común, a veces deseada a veces no, es el juntarse y tener familia.

Omar es un joven de clase social medio-baja (considerado nivel socioeconómico bajo, en los resultados de la encuesta), me contó que su padre toca música para las fiestas, como organista, y su madre es estilista y arregla el cabello a domicilio aquí en la ciudad de Oaxaca; eso es, cuando tienen trabajo. La mayoría de las veces convive con su abuela, quien lo apoya dándole de comer cuando asiste a la escuela. Para él, la UABJO significó concretar un sueño que había tenido desde niño; sin embargo, para su familia fue casi imposible que su hijo entrara a la Fac. Med. UABJO, porque, recuerda él, decían que "no tienen conocidos" en la escuela y, sin conocidos, "no se entra".

La primera vez que vi a Omar en clase de clínica con el Dr. Torres iba cargando una bolsa en la que llevaba alimentos dentro del salón. Poco tiempo después supe que Omar vende de comer entre sus compañeros, para solventar sus gastos y lo ha hecho desde que entró a la carrera. Para él, el ingreso a la UABJO implicó un enorme esfuerzo personal, tiempos más largos que el promedio y la necesidad de trabajar para costear gastos y mantener y ayudar a su familia mientras estaba tratando de ingresar. El haberlo logrado fue un triunfo personal:

¿Por qué la UABJO? Por ser la universidad pública de aquí. Sí, porque aparte, qué otra opción tenía? O sea, salir fuera de Oaxaca no era opción por el gasto que... implicaba. Y, pues, aquí... la URSE, pues no, no me... muchos me decían que no me la recomendaban, principalmente por los costos. De cada mes estar pagando, y así...Entonces por eso decidí la UABJO (Omar, 24 años, estudiante de tercer año, nivel bajo, entrevista).

Llama la atención su edad, pues la mayoría de sus compañeros son menores. Me cuenta que hizo una pausa en sus estudios durante un año, al salir del bachillerato, debido a que no ingresó a la UABJO en el primer intento y tuvo que ponerse a trabajar antes de intentarlo de nuevo:

Tampoco estuve muy lejos, en el *ranking* de posiciones estuve como en el lugar 260, más o menos, de los 250 que admiten. Y, pues, me dijo mi papá: presenta la segunda oportunidad -en el CENEVAL- pero pues son menos lugares, son más aciertos los que hay que conseguir y pues en ese sí no quedé, no supe en qué lugar quedé. Entonces de ahí empiezo a trabajar, de hecho empecé a trabajar en Kentucky [Fried Chicken], sólo que tuve unos problemas con el gerente y pues mejor me salí y empecé a trabajar independiente en algo que ya venía haciendo desde que iba yo en el COBAO -en el COBAO los fines de semana trabajaba de mesero- entonces ya me, como que me incorporo ya de lleno a eso y pues es lo que he venido trabajando hasta la fecha, sigo estudiando y los fines de semana me dedico a eso. Y a veces en las tardes, cuando hay eventos (Omar, 24 años, estudiante de tercer año, nivel bajo, entrevista).

Me cuenta con mucha alegría el momento en que supo que había ingresado a la UABJO, cuando vio las listas:

Sí, la verdad, honestamente hasta lloré. Porque sí era algo que, básicamente ya veía como muy difícil, mi mente se cerró en "si no pasé en la primera, van a venir nuevas mentes con los conocimientos frescos y va a ser cada vez más difícil" pero pues gracias a dios pasé [esa vez en el segundo intento] en la primera oportunidad, y pues ya, pero sí fue mucha presión. (Omar, 24 años, estudiante de tercer año, nivel bajo, entrevista).

La entrevista a Omar permite identificar algunas dimensiones muy importantes de su experiencia en solicitar su ingreso a la Fac. Med. UABJO, lo que ha representado para él y sus aspiraciones el lograr entrar a la carrera y lo que necesita hacer en su vida diaria para costear sus estudios desde su posición social. Para Omar no fue fácil entrar, fue rechazado dos veces, una primera en el examen de admisión y la segunda en el examen CENEVAL, hasta lograr ser admitido en su tercer intento. Tuvo que trabajar en un empleo no calificado en el sector servicios donde se paga el salario mínimo, mientras estaba esperando otra oportunidad. Es de notar que al parecer las actitudes de sus familiares en este respecto fueron algo ambiguas hacia sus aspiraciones de estudio, porque por un lado, comentaron en su momento que iba a ser muy difícil para él lograr la admisión sin tener conocidos, ya que "nadie lo logra", pero después su padre lo motivó para que intentara nuevamente la solicitud a través del examen CENEVAL. Fue finalmente su constancia y determinación lo que lo hizo rebasar obstáculos que para otros de su clase social podrían ser infranqueables, sobre todo cuando se comparte una representación social bastante hegemónica en Oaxaca con que a la UABJO se entra solo si uno tiene conocidos, o sea con capital social al que familias como la de Omar difícilmente pueden acceder.

También resulta claro de su testimonio que la selección de la UABJO para él fue obligada por no tener realmente otras opciones costeables. Esto, a diferencia de otros compañeros y compañeras de nivel socioeconómico más alto que, con el respaldo de sus familias, no seleccionaron necesariamente la UABJO como primera opción teniendo en sus horizontes otras posibilidades de escuelas privadas o públicas de mayor renombre. Finalmente, Omar sigue trabajando mientras estudia en el mercado del trabajo informal de vender comida en la escuela. Eso le apoya para costear gastos que se vuelven más onerosos con el pasar al tercer año de la carrera. Es importante aquí recalcar que trabajar estudiando medicina no es fácil, porque se trata de una carrera que requiere mucha dedicación y disciplina, con la inversión de largas horas de estudio. Quienes lo hacen son solo estudiantes de nivel socioeconómico bajo, ningún estudiante de los entrevistado autoadscrito a clase media lo hace; menos aún los que entran dentro de la categoría de nivel socioeconómico alto.

En lo que sigue se comparte un relato reconstruido de lo que Antonio, otro chico de nivel socioeconómico bajo, me comentó en nuestras conversaciones informales con respecto a sus tiempos, cargas de trabajo y esfuerzos para costear la carrera:

Antonio sale antes de las 6 de la mañana de su casa, aún está oscuro por la Colonia Santa Rosa en la zona conurbada de la Ciudad de Oaxaca. Toma el primer autobús que pasa y mientras va en el trayecto intenta repasar los grupos de antibióticos en el libro de farmacología. Este libro sí lo tiene en físico, piensa que es afortunado porque tiene casi todos los libros, aun si son caros y le ha costado mucho esfuerzo, ahorros y sacrificios hacerse de ellos. Hace casi tres años llegó a vivir a Oaxaca; él nació y vivió hasta que empezó la carrera de medicina en Pochutla, un municipio urbano de la Costa oaxaqueña. Ayer fue al cajero a checar el dinero que le mandó su papá. Sus compañeros ya le habían comentado que este año hay que comprar material para las clases, como un baumanómetro, un estetoscopio y un estuche de diagnóstico -todos estos aparatos son básicos para la exploración física de una consulta de médico general y son costosos. Su padre es albañil en Pochutla y Antonio considera que no serán suficientes los ingresos de su padre para apoyarlo a solventar los gastos de este año, considerando que la compra de estos aparatos puede representar más de una tercera parte de lo que gana su progenitor al mes; eso, cuando tiene trabajo.

Ah, este año sí estuvo pesado... Quizá por eso sí acepté la oferta de, de trabajar en la noche cuidando a un señor que está enfermo. Porque me platicaron que este año tenía que, más por la clase del doctor Torres [de propedéutica clínica], si quería aprender de verdad tenía que tener mis propias cosas. Entonces sí nos dijeron "hay que comprarse su estetoscopio", aunque no sea un estetoscopio de los caros pero que sea un estetoscopio y el estuche de diagnóstico que ese sí no va bajar de tres mil pesos. Y... mi papá de hecho me dijo "si quieres, tú pídelo y yo te lo compro". Me compré un WelchAllyn (una de las marcas de aparatos consideradas mejores y al mismo tiempo de las más caras). (Antonio, 22 años, estudiante de tercer año, nivel socioeconómico bajo, entrevista.)

Al igual que Omar, Antonio trabaja, para poder solventar gastos de su carrera que están incrementándose al pasar a tercer año. En su caso, lo hace de noche, para tener los días libres para ir a la escuela y no perder clases. Uno se puede imaginar el cansancio físico que estudiar de día y trabajar de noche debe de implicar para él, esperando que su rendimiento escolar no lo resienta demasiado. Antonio decidió además juntar recursos financieros que le han implicado un esfuerzo y sacrificio notables para él y su familia, en comprar instrumentos que cuestan más pero que son de buena marca, con la mirada puesta hacia una inversión que considera necesaria para "aprender de verdad".

Los fragmentos anteriores contrastan con estos otros derivados de entrevistas a dos estudiantes de clase media, con respecto a su proceso de admisión a la facultad en la UABJO:

Hice [el examen] en varias, la UABJO pues era una de mis opciones como principales porque, pues creo que en Medicina es de las pocas carreras en donde todavía tiene un buen renombre la escuela. Intenté en la UAM e intenté en la UNAM, en esas tres escuelas fue donde intenté...Quedé en la UABJO y quedé en la UAM, en la UNAM no quedé, me quedé como a tres aciertos del examen y ya no quedé. Entonces, de esas dos fue que tuve que escoger (Marisol, 21 años, alumna de tercer año, nivel medio, entrevista).

Yo quería ser médico militar [estudiar en la escuela médica militar]. Pero si no pasaba, tenía otras opciones.... Y "no, es que en la UABJO, se paga para entrar, no entras con examen"; y mis papás preocupadísimos. En la militar, un paisano ya había presentado el examen y me dijo "mira, en la militar es esto, esto y esto. Yo no pasé el primer examen, que es el físico", me dijo. Me dijo mi paisano, porque es muy pesado. Dije "yo sí lo paso", porque yo puedo (risas). Y ya, como que saqué esas dos fichas, pero no saqué para otra carrera; sólo saqué dos fichas para medicina, y saqué una en Chapingo, por, por si no paso, por si cualquier cosa, necesito como que mi reserva, mi tercera opción, qué hacer, porque no me puedo quedar sin estudiar, eso definitivamente no. Era el más alto de la clase, entonces si yo me quedaba sin estudiar era como ¿cómo, él se quedó sin estudiar? Lastimaba mi orgullo, mi ego. (Efrén , 22 años alumno de tercer año, nivel medio, entrevista)

Tanto Marisol como Efrén se plantearon la posibilidad de estudiar en otras universidades, además de la UABJO, para poder tener más opciones y asegurarse de poder entrar por lo menos en una de ellas. La UABJO tampoco fue necesariamente su primera opción. Eso marca una diferencia importante con respecto a los tres estudiantes de nivel socioeconómico bajo, incluidos arriba. También llama la atención, el comentario de Efrén en referencia a que la carrera universitaria para él es algo que nunca estuvo en cuestionamiento, era algo esperado que estudiara y nunca se planteó otra alternativa, por ejemplo, quedarse sin estudiar y tratar de entrar en el mercado de trabajo. Para él, la universidad es un destino natural, como diría Bourdieu (2002).

Finalmente, las entrevistas de Antonio, Diana y Omar revelan contrastes con respecto a dos fragmentos derivados de entrevistas a estudiantes de nivel socioeconómico alto, donde, de manera parecida a lo planteado por Efrén arriba, les es inconcebible no sólo no estudiar una carrera universitaria, sino estudiar otra profesión; en estos dos casos, porque ambos vienen de familias de médicos donde la elección es casi obligada o, de plano lo es. En ambos casos, además se percibe que la alternativa al estudio universitario no es el trabajo, sino el "quedarse sin hacer nada"; en otras palabras, la universidad es el único destino concebible para estos alumnos.

Sí, como una vez me dijo [mi mamá]: pues sí quería estudiar otra cosa, pero dijo no, pues medicina. Y yo, la verdad, no sabía qué estudiar, como qué hacer. De repente dije "me tomaré un año sabático". Pero después dije "no, qué voy a hacer un año sin hacer nada". La verdad se me hizo una pérdida de tiempo quedarme un año sin estudiar. Por eso entré a la UABJO (Ana, 21 años, estudiante de tercer año, nivel alto, entrevista.)

Eh, el problema fue de que para mi mamá es como un año desperdiciado [después de no haber sido aceptado en la Escuela médico militar]. Y entonces dice que para no perder más

tiempo debía de tomar un año de medicina; si ya no quedaba de plano en otra escuela, después pues ya por lo menos tenía ese colchón -por así decirlo- de ya estar un año en medicina aquí en la UABJO y no perder más tiempo. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, nivel alto entrevista.)

Finalmente, llama la atención en el caso de Ramiro cómo inicia a aflorar esa representación social de la Fac. Med. UABJO como una facultad desprestigiada, que se decide cursar un año, solo "para no perder el tiempo", mientras se abren otras opciones de facultades de mayor prestigio. Ramiro es efectivamente uno de los estudiantes clasificados como de nivel socioeconómico alto, que presenta una opinión negativa con respecto a esta facultad; habría que recordar que, de acuerdo a las encuestas, el 50% de los y las estudiantes de este nivel compartieron esta representación social de la escuela y la Facultad.

El análisis que hace Bourdieu con respecto a la educación como reproductora de la desigualdad, resulta pertinente para nuestro estudio de caso y nos hace recalcar la necesidad de desarmar el discurso de la escuela como institución esencialmente meritocrática y garante de una supuesta igualdad de oportunidades, institución que en los hechos termina naturalizando diferencias, exclusiones y jerarquías que son sociales (Bourdieu, 2005). La trayectoria del estudiante individual es resultado de un entramado más amplio gracias al cual se desenvuelve en la vida familiar. Las familias hacen sus "apuestas" educativas para el futuro de los hijos, al tiempo que satisfacen las necesidades del presente y buscan mantener o mejorar las posiciones sociales ocupadas. En este caso, todos estos alumnos están estudiando en la Fac. Med. UABJO, universidad que sufre cierto desprestigio, aun si la facultad de medicina tiene una mejor imagen que el resto de la universidad. Aun si se trata de la misma facultad para todos, el estudiar ahí es resultado de estrategias educativas que se diferencian y cuyo significado también tiene atribuciones diversas según clase social.

El lugar de origen en la experiencia de los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO

Cuando los y las estudiantes son foráneos y se transfieren por su cuenta desde el interior del Estado u otros estados a la ciudad de Oaxaca para cursar la carrera, enfrentan situaciones que los diferencian de estudiantes que son de la ciudad y viven con sus familias. Este punto lo retomaremos más adelante, para referirnos a una clara forma de "ruptura biográfica" que estos estudiantes experimentan, al transitar a una vida de jóvenes que se la tienen que arreglar en todos los sentidos. Se trata de experiencias diferenciales según el nivel socioeconómico y el género, pero en general para todos hay un proceso de aprendizaje en vivir solos, en un

lugar que inicialmente no conocen, en muchos casos sin amistades previas, buscando dónde vivir y teniendo que resolver la alimentación y la rutina diaria sin apoyos familiares.

Para ciertos alumnos, sobre todo los más jóvenes, el costo emocional de separarse de la familia es demasiado alto por lo que prefieren viajar todos los días varios kilómetros de ida y vuelta, en lugar de transferirse a la ciudad y vivir solos. Marisa, de primer año, es de la ciudad de Zaachila a 30 kilómetros de la ciudad de Oaxaca y prefiere viajar todos los días más de una hora de ida y otra hora de vuelta, en transporte público, aun si su familia le ofreció hacer un esfuerzo y apoyarla para que rentara un cuarto en la ciudad:

Mmm... pues yo creo que sí, porque por ejemplo yo, eh... justo, vivo bastante lejos y es mucho tiempo de traslado y a mí mi mamá me decía "pues rentas un cuarto aquí y te vas [vienes a casa] en fin de semana, o algo así. Pero yo creo que para mí, en lo personal, es demasiado apoyo llegar a mi casa, y ver a mi mamá, y a veces cuando ando en este problema de, no sé, una crisis existencial. Eh, cuando llego a mi casa y le digo a mi mamá, para mí es... no sé, como... me siento más en paz; como que tal vez ya no me siento con tanto conflicto. Y yo durante el día sé que, bueno, voy a llegar y tal vez cuando llegue mi mamá me va a hacer de comer o, por ejemplo, mi mamá me hace el desayuno todavía. Entonces, para mí es mucho apoyo que mi mamá esté aquí, o que yo viva con mi mamá, y creo que para otras personas que son foráneas pues sí es más difícil porque están solos, se las tienen que arreglar solos y a veces no sólo tienen problemas de la escuela sino que cuando llegan ya no hay luz, que la renta, que esto, que aquello; entonces es todavía más responsabilidad. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, nivel socioeconómico bajo, entrevista.)

Los foráneos que sí, se mudaron, en la nueva rutina necesitan organizarse como pueden, de manera individual o colectiva. Así lo explica Antonio, originario de Pochutla, remarcando su necesidad de organizar su vida de tal manera que pueda ahorrar lo más posible, ya que el dinero es escaso para él:

En mi caso, la mayor parte del tiempo estoy en mi casa; sobre todo por no gastar, para empezar, porque pues tampoco tengo para ir de fiesta cada fin de semana o ir a pasear siquiera... Los que somos de fuera, sobre todo nos organizamos para comprar y para hacer algunas actividades en las que hay que, pues ahorrar. Mmmhhh, [ahorrar, para] comprar la despensa. (Antonio, 22 años, estudiante de tercer año, nivel socioeconómico bajo, entrevista.)

En estas circunstancias, a veces, hay profesores en la Fac. Med. UABJO que son empáticos y comprensivos y tratan de apoyar en este proceso, como reconoce el mismo Antonio:

Había un doctor de, el doctor de bioquímica, el doctor Loza... sí, este, pues sabía que los que éramos de fuera, pues, quizá no habíamos tenido como la oportunidad de conocer la ciudad y todo eso, y nos daba cierta tolerancia para llegar a sus primeras clases. Ya después dijo "les doy un mes para que comiencen a conocer sus rutas y, después de ese mes no me pidan nada, eh". Y, además nos ofrecía a los que éramos de fuera, nos ofrecía trabajo en vacaciones por si no podíamos regresar o algo así. (Antonio, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Pero no todos los profesores en la Fac. Med. UABJO son así. Hay algunos que no solo no apoyan, sino señalan y se burlan de las y los estudiantes fuereños. Se trata de algunas formas de discriminación que se dan por parte de ciertos docentes y también, aun si al parecer es mucho menos común entre estudiantes, hacia alumnos y alumnas que los demás identifican como los "otros": los que vienen de fuera, los que no son de la ciudad capital, pero también, generalmente que ven de nivel socioeconómico más bajo. Como ya se había mencionado, es común que los profesores se conciben a sí mismos como urbanos, capitalinos y por ello, más "civilizados" que aquéllos -sobre todo estudiantes que son de estrato social bajo- que proceden de lugares alejados de la capital, aunque sean pequeñas o medianas ciudades mestizas de otras latitudes del estado. Así lo indica Marisol, al recordar una compañera a la que un profesor de manera sistemática y algo despectivo y denigrante, apodaba "Pinotepa" frente a toda la clase:

Pues al principio... no, en clase no lloró pero -era una niña a la que [el profesor] le decía "Pinotepa"- pero sí se veía pues, la cara de apenada, pues ¿no? A veces yo creo que era el miedo, de saber cómo era el doctor, que nadie decía nada, pero era incómodo. Era incómodo ver cómo le decía, o se refería, la niña a veces no hacía más que como sonreírse y pues, ya no decía nada más que sentarse o incomodarse, o demás. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Ese mismo profesor es conocido entre el alumnado por señalar, evidenciar y burlarse de ciertos estudiantes--hombres o mujeres por igual--después de haberles detectado algunas características diferenciales en su apariencia, lenguaje, modismos y/o actitudes o por el simple hecho de enterarse de que son fuereños. Algunos estudiante como la chica mencionada arriba, se quedan callados y aguantan en silencio, pero otros se rebelan y logran por lo menos cambiar de grupo, salón y profesor:

Hubo una ocasión en el que [ese profesor] tuvo problemas con un muchacho, no recuerdo, no iba en mi grupo, pero supongo que como era [el profesor] en mi grupo. era con los demás. Y [ese estudiante] terminó pidiendo el cambio de doctor, de materia; y yo lo supe porque el doctor nos dijo, no, que él, y dijo el nombre -no recuerdo el nombre del muchacho- fue a hablar a dirección y "dijo que yo lo insultaba y que tenía problemas conmigo", y no sé qué. O sea, [el profesor] lo expuso así ante todos ¿no? Pues nadie dijo nada, pero sí [el muchacho] logró su cambio él, y lo cambiaron con otro doctor que, la verdad, para su materia era muy bueno, sí daba su clase muy bonita. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Es muy posible que estas formas de señalar y denigrar al estudiante "otro", sean una razón contundente por la que muchos y muchas jóvenes deciden no auto-adscribirse como indígenas y niegan haber aprendido una lengua materna distinta al español, o efectivamente se negaron a aprenderla o sus padres no quisieron enseñársela, y/o ocultan sus orígenes, para evitar sentirse diversos y enfrentar discriminación.

En las entrevistas a profundidad, hubo una estudiante, Sofía, que ya en mayor confianza me comentó no solo que venía de Chiapas como ya me había reportado en la encuesta, sino que habla tzotzil y es hija de un profesor bilingüe, a quien acompañaba a trabajar a las comunidades chiapanecas. Ella me contó que:

Pues, aunque mi papá siempre trabajaba lejos, nosotros vivíamos muy cerca de mis abuelos paternos, y pues prácticamente todos mis primos y mis tías hablaban el tzotzil. Yo me comunicaba más en español porque mi mamá no habla tzotzil [es de la ciudad de Tuxtepec, Oaxaca], pero al menos por escucharlos se me fue haciendo más fácil entenderlo porque ellos no me hablaban en español, me hablaban en tzotzil, entonces tenía que entenderlo (Sofía, 24 años, estudiante de cuarto año, entrevista).

Es a través de la historia de Sofía que podemos ver cómo la UABJO y, en particular, la Fac. Med. UABJO, aun con sus limitaciones representa para algunas y algunos la oportunidad de hacer realidad las aspiraciones de ser médico:

Bueno, mi... nunca tuve una segunda opción pero mis papás siempre me decían que tenía que hacerlo; una era que podía buscar por la materia en que mejor me iba -que era matemáticas-, ellos decían que podía hacer ingeniería, pero había otra rama que me gustaba a mí que era la psicología. Sin embargo, mi primera opción fue la UNACH -que era la Autónoma de Chiapas- pero decidí que antes de hacer mi examen de admisión iba a mejor meterme a un curso durante seis meses para salir pues bien en el examen de admisión. Decidí hacer el examen en intersemestral, y estuve en el preuniversitario pero ahí hay una serie de cosas -un tanto ilegales- que hacen que cambien las calificaciones, y pues prácticamente quedé a ciertos lugares de quedar. Entonces volví a presentarlos pero nunca había tomado, no tomé la decisión -hasta en ese momento- de haber intentado en otra escuela. Sí sabía de la UABJO pero como era intersemestral cuando había hecho mi examen pues no lo había hecho en esa ocasión. Así que para la segunda vez que lo presenté, pensé si hacía el preuniversitario o presentaba en otra universidad; mi abuelo -que es de Tuxtepec- me dijo “oye, ¿por qué no te vas a la UABJO?” Entonces decidí nada más hacerlo aquí, ese año, y psicología allá; y pues pasé ambos, y como ya estaba inscrita en psicología, renuncié y ya me vine para la UABJO. (Sofía, 24 años, estudiante de cuarto año, entrevista).

Para Sofía, la UABJO significó la posibilidad de acceder a una universidad que sus padres podrían costear por ser una pública, aunque para estudiar aquí tendría que dejar su lugar de origen y su familia. Por otro lado, esta opción también fue viable, debido a que su madre, que es profesora, le facilitó su llegada, a través de una red familiar alterna en la ciudad de Oaxaca con familiares lejanos ya que es originaria de Tuxtepec. El hecho de que Sofía, ahora en su último año de cursos, haya sabido que esta universidad era su única oportunidad para estudiar lo que ella deseaba y lograr sus objetivos, posiblemente la haya ayudado en estos años para enfrentar positivamente las dificultades, como vivir separada de su familia, y le haya ayudado a enfocarse aún más en tratar de superarlas con constancia y empeño.

En el caso de los estudiantes que provienen del interior del estado o de otros estados, como Sofía, es preciso resaltar la importancia de las redes familiares en su decisión de estudiar

medicina y dónde estudiarla, así como para su permanencia en la escuela, ya que en ocasiones, los estudiantes consideran entrar y logran mantenerse en la UABJO por la facilidad de vivir con familiares directos o lejanos, a pesar de que a veces son personas que conocen muy poco y con los que no han convivido previamente.

Lo que queda claro es que para cada uno de las y los estudiantes de Medicina pertenecientes a diferentes clases sociales, estudiar en la Fac. Med. UABJO como foráneos tiene un significado y representa una experiencia diferente, lo cual se relaciona no solo con la construcción social que cada quien tiene de la escuela, sino también con las condiciones materiales en las que se establecen en la ciudad y con sus aspiraciones a futuro. Mientras para Sofía, la UABJO representa la gran oportunidad de estudiar Medicina, para otros alumnos, como Ramiro, originario de la ciudad de Miahuatlán, hijo de médico y de nivel socioeconómico alto, la facultad representa el lugar en donde sólo estudiará mientras logre ingresar a una universidad que considere más apropiada para sus aspiraciones o, será sólo un trampolín que usará terminando la carrera para pasar a la especialidad médica.

Conclusiones

A través del análisis de las encuestas así como su triangulación con datos oficiales de la UABJO y los testimonios de algunos alumnos en las entrevistas a profundidad, fue posible tener un panorama general sobre las características actuales de las y los estudiantes de medicina de la Fac. Med. UABJO. A manera de conclusión, sabemos que la mayoría de la población estudiantil son mujeres; provienen de la región de Valles Centrales de Oaxaca; seleccionaron su carrera por vocación, viven con sus padres, son jóvenes (18-22 años); se autoadscriben como clase media, se sienten contentos –pero no satisfechos- con su carrera; desean formarse en alguna especialidad médica, y tienen, como referencia del médico ideal, los atributos de ética profesional y el establecimiento de relaciones humanistas y comprensivas entre médico y paciente.

Por otra parte, sabemos también que tendencialmente, las mujeres expresaron una mayor vocación y compromiso social con la profesión médica, parecen ser más críticas con las fallas de su institución, concentran su valoración profesional en una adecuada relación médico-paciente, desean continuar con estudios de especialidad en mayor proporción que los hombres, y, por las grandes inequidades que existen en la sociedad, se encuentran más expuestas a los peligros derivados de la desigualdad, la exclusión y la discriminación, así como la inseguridad que existe en su entorno inmediato, social y escolar. Estos resultados nos

sugieren que es posible que la construcción social de “ser médico” para hombres y mujeres presente algunas diferencias interesantes y que, de este modo, pueden existir también diferencias en el proceso de construcción de la identidad profesional en construcción de alumnas y alumnos.

En cuanto a la clase social, se puede concluir que los alumnos que se auto-adscriben a la clase social media baja y baja han ingresado a la carrera de Medicina más por vocación, en relación a los de la clase social media alta y alta que han ingresado más por su deseo de ascenso social o de permanencia en una clase social privilegiada a través de una profesión que aspira a tener ingresos altos y garantizar prestigio social.

Una de las conclusiones principales a las que se puede llegar es que este primer acercamiento muestra que la mayoría de los y las estudiantes entran a la facultad con una intención aspiracional a ser "buen médico" y que se valora la medicina como servicio, en este sentido, no se encontraron diferencias significativas entre alumnos y alumnas de primer, tercer y cuarto año ante la pregunta “cualidades de un médico de prestigio”, ni se encontró un mayor énfasis en años subsecuentes en cuanto a la importancia de los conocimientos clínicos, lo que es posible que signifique que no se dan procesos de transformaciones profundas durante los cuatro años de formación escolar en la facultad en cuanto a las representaciones sociales del “ser buen médico”.

Para cada uno de las y los estudiantes de Medicina pertenecientes a diferentes clases sociales, estudiar en la Fac. Med. UABJO como foráneos tiene un significado y representa una experiencia diferente, lo cual se relaciona no solo con la construcción social que cada quien tiene de la escuela, sino también con las condiciones materiales en las que se establece en la ciudad y con sus aspiraciones a futuro. Mientras para unos representa la gran oportunidad de estudiar Medicina, para otros alumnos, la facultad representa el lugar en donde sólo estudiará para "no perder tiempo" mientras logre ingresar a su primera opción universitaria o para, terminando los estudios de pregrado, prepararse y lanzarse al examen de la ENARM y de ahí a la especialidad médica, lo ideal, fuera de la ciudad de Oaxaca.

Finalmente, es importante reconocer que, aunque las aspiraciones e ideales de la mayoría de los y las estudiantes no sufren, al parecer, transformaciones profundas a lo largo de estos años de formación en el pregrado, las experiencias cotidianas que estudiantes varones y estudiantes mujeres, estudiantes de distintos nivel socioeconómico y alumnos que viven con sus padres o vienen de fuera, son variadas y se construyen desde distintas representaciones sociales de si mismos, de sus familias y de lo que ser médico significa. Por lo tanto, el

ambiente de la Facultad, las relaciones con los profesores y entre alumnos, las condiciones de vida material, las demandas de tiempo y materiales y demás vivencias, se entretajan en el día a día con sus propias identidades personales y profesionales en formación, donde el "ser médico" inicia a tomar forma, en el cruce del género, la clase social y las maneras cómo los demás los ven a ellos y ellos se ven a sí mismos.

Capítulo 2

La construcción del “ser médico” en la Fac. Med. UABJO

Introducción

Este capítulo se enfoca hacia cómo se construye el “ser médico” en la Fac. Med. UABJO en los procesos de enseñanza aprendizaje en que están insertos los y las estudiantes; con la mirada puesta, esta vez, en los profesores los cuales enseñan sus materias con sus contenidos técnicos pero también con sus propios estilos didácticos, al mismo tiempo que establecen ciertos tipos de relaciones sociales con sus alumnos en los salones de clase y, a veces, también fuera de los mismos.

Las preguntas que guiaron la investigación y a las cuales se intenta dar respuesta en este y en el siguiente capítulo son: ¿Cómo se construye el ser médico en la Fac. Med. UABJO con la mirada puesta en los profesores? ¿Cuáles son las ideologías que prevalecen en los procesos de enseñanza-aprendizaje desde el aula? ¿Qué y cómo enseñan los profesores en la Fac. Med. UABJO y a través de qué estilos pedagógicos? ¿Enseñan los profesores y aprenden los estudiantes de manera diversa según sus trayectorias biográficas personales y familiares, marcadas por el género y la clase social, entre otros? O se vive al contrario un proceso de homogenización hacia una identidad profesional común, aun en construcción, que tiende a borrar estas características identitarias diferenciales entre estudiantes? y Si sí, ¿hasta qué punto?

Este capítulo en particular, describe y analiza la visión idealizada de la biomedicina que se promueve oficialmente en la Fac. Med. UABJO y que permea los planes de estudio y el contraste entre esa visión idealizada y la práctica de la docencia en la realidad, en el juego ambivalente y algo contradictorio entre *curriculum* explícito y *curriculum* oculto o informal y enfocándose en lo que se define más adelante como "ser médico".

"Todos fuera de la carrera se imaginan medicina como una carrera muy noble": La construcción de una ideología hegemónica en la formación y la profesión médica en la Fac. Med. UABJO

La antropología y la sociología médica han definido que la identidad profesional médica se construye a través de un proceso de socialización que inicia y se desarrolla en los estudios de pregrado y en años sucesivos de formación durante el internado y las residencias, en los cuales se transmite una ideología que podemos definir hegemónica, del saber y del ser médico. Esta ideología se centra en un sistema de valores, actitudes, prácticas y creencias en el que predominan la idea de la eficacia pragmática de la biomedicina, la superioridad del conocimiento clínico sobre otros saberes legos, una pretendida objetividad y la racionalidad científica como bases del saber médico desconociendo sus propias bases ideológicas, una visión mercantilista de la medicina, una visión mecanicista del cuerpo y de la enfermedad, la escisión entre emociones y corporalidad, el aprendizaje y utilización de un lenguaje técnico exclusivo de la profesión, el establecimiento de una relación jerárquica y asimétrica con los pacientes, y un creciente fetichismo hacia la tecnología (Apker, 2004; Good, 1994; Lupton, 1994; Menéndez 1992).

En estos procesos se transmite principalmente la ideología hegemónica del saber y del ser médico en donde tiene centralidad la idea de que el conocimiento médico es el único válido y que goza de legitimidad jurídica, política y social. El concepto de hegemonía de Gramsci (1978) es apropiado porque contempla el “aspecto consensual”, en lugar de una dominación a través de la fuerza y la coerción, donde otros saberes médicos no desaparecen pero se subordinan ideológica y legalmente y pierden centralidad y legitimidad. Al mismo tiempo, se asegura la hegemonía por medio de la institucionalización de la biomedicina y de la profesión médica y la expansión de la medicalización de la vida, tomando en el proceso, algunos de los intereses y necesidades de los grupos dominados.

Para Menéndez (2005), las instituciones médicas han sido analizadas de manera prevaleciente a través de la mirada de los médicos, lo cual limita a la hora de comprender las características, funciones, naturaleza e intereses del modelo médico. Lo que actualmente se considera como biomedicina se constituye en algunos países europeos a fines del siglo XVIII y principios del XIX y en los países americanos, en la segunda mitad del siglo XIX (*Idem*). Por lo tanto, el modelo médico hegemónico (MMH) como constructo teórico, explica los procesos de institucionalización y de hegemonización de la biomedicina de manera muy gradual después de la Primera Revolución Industrial, acompañando la constitución de la clase obrera, de la

nueva ciudad industrial y más adelante de la expansión colonial en su fase imperialista de las últimas décadas del siglo XIX y principios del siglo XX (*Idem*; Hobsbawm, 2009). Se trata de un proceso que se da tanto en los países de Europa Occidental y Norteamérica, como en lo que fue el bloque soviético en su momento, así como en los países de lo que se conceptualizaría como el Sur global, incluyendo a América Latina (Menéndez, 1983). En el caso de México, su expansión se acelera, no sin fuertes contradicciones, a partir de los años cincuenta del siglo XX, con el aumento y mayor distribución de los servicios institucionales de salud, así como en los que Menéndez define como "mecanismos indirectos" como el creciente uso de los fármacos y la medicalización creciente en los saberes y prácticas que constituyen lo que este autor define como los (otros) modelos médicos subordinados (como la medicina tradicional y la autoatención o la medicina doméstica) (*Idem*).

Una de las características del modelo médico hegemónico es el biologismo que excluye los procesos históricos y las condicionantes socioeconómicas, culturales e ideológicas respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos. Otra de las características del modelo médico hegemónico biomédico es la eficacia pragmática de la biomedicina, en comparación con los otros saberes populares y académicos. Tres características adicionales que reconoce Menéndez como fundamentales para definir al MMH y que son pertinentes para los procesos de formación en medicina son el apego ideológico a la racionalidad científica; la formalización de la profesión a través de procesos educativos reconocidos y legitimados por el Estado (como el establecimiento de las carreras universitarias formales de medicina y la profesionalización a través de los procesos legales de titulación y acreditación, entre otros); y el establecimiento de relaciones asimétricas en la diada médico-paciente, con la producción de acciones tendientes a la exclusión de este último del saber médico; entre otras formas, por la producción y enseñanza-aprendizaje de un lenguaje técnico especializado que se aprende en la carrera y que los legos no comparten (*Idem*).

En México la hegemonía de la biomedicina se ha construido como proceso histórico en la interfase entre saberes biomédicos procedentes de las ciencias, establecimiento reconocido y regulado de la profesión e institucionalización de la biomedicina dentro del sistema de salud reconocido, promovido y establecido por el Estado y reproducido dentro de los procesos de socialización en la formación médica, desde el pregrado en adelante; lo anterior, en un contexto, en donde los otros modelos médicos subordinados han tenido histórica y contextualmente una presencia considerable.

La construcción de una ideología compartida es fundamental en la producción de la hegemonía de la biomedicina. La ideología médica, para Van Dijk (2005), es un grupo de ideas o sistemas de creencias; también es un conjunto de representaciones sociales que definen la identidad social de las y los médicos como grupo, es decir, sus creencias compartidas acerca de sus condiciones fundamentales y sus modos de existencia y reproducción. La ideología es más fundamental o axiomática, ya que controla y organiza otras creencias socialmente compartidas. Según este autor, la ideología biomédica tiene algunas funciones, una de las más importantes es que proporciona coherencia a las creencias de los médicos como grupo y así facilita su adquisición y su uso en situaciones cotidianas. Las ideologías también especifican qué valores culturales son importantes para el grupo y son adquiridas gradualmente, a veces cambian a través de la vida o de un período de la vida y necesitan ser relativamente estables.

Para Millán (2014), en el proceso de formación se transmiten al alumnado ciertos principios ideológicos que se han vuelto los "pilares" axiológicos de la profesión médica actual: el bienestar del paciente, la autonomía del mismo y la honestidad del médico con el paciente.¹³ Desde la perspectiva de la bioética, Sanz identifica de manera similar las aspiraciones axiológicas esenciales de la medicina: que el médico trate enfermos no enfermedades, que mantenga una actitud crítica, que sea buen comunicador y empático, que sea responsable individual y socialmente, que tome buenas decisiones para el paciente y para el sistema. Además de lo anterior, añade que los médicos deben ser líderes del equipo asistencial, competentes, efectivos y seguros, honrados y confiables, comprometidos con el paciente y la organización de salud, finalmente deben vivir los valores del profesionalismo (2014:S27). Estos ejemplos confluyen en proporcionarnos una visión idealizada de la biomedicina que, cabe mencionar, es descrita de esta manera por médicos, por lo tanto, es muy posible que esté influida por la historia personal de quienes la escriben y la promueven.

El perfil de egreso de la Fac. Med. UABJO está permeado precisamente de esta visión idealizada de la biomedicina. En la tabla 13 se reporta el perfil de egreso de la Fac. Med. UABJO incluido en el Plan de Estudios 2001, el cual permite una mirada privilegiada hacia la ideología subyacente que se promueve en la visión explícita del "ser médico" en esta facultad.

¹³ Así los definen, por ejemplo, el *American College of Physicians*, conjuntamente con la *European Federation of Internal Medicine* y con el *American Board of Internal Medicine*, por ejemplo (véase: www.fundacioneducacionmedica.org)

Tabla 13.- Perfil de egreso Fac. Med. UABJO

Ofrecer servicios de Medicina General Integral de alta calidad.
Referir oportunamente a los pacientes que requieran cuidados especializados.
Prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades prevalentes en nuestro país apoyándose para ello en el análisis de los determinantes sociales y ambientales, especialmente el estilo de vida.
<ul style="list-style-type: none"> • Diseñar, realizar y evaluar programas de prevención sanitaria en el primer nivel de atención médica, abordando las necesidades de salud del individuo y de la sociedad en sus aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y económicos.
<ul style="list-style-type: none"> • Identificar problemas de salud relacionados con grupos de riesgo y establecer medidas que tiendan a su limitación o prevención.
<ul style="list-style-type: none"> • Resolver las urgencias médicas en el primer nivel de atención.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el trabajo en equipo con otros médicos, asumiendo la responsabilidad y el liderazgo que le corresponden.
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar el método científico en su quehacer asistencial, docente y de investigación, lo cual lo capacita para efectuar estudios de postgrado.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar una práctica profesional responsable, competitiva, humanística, reflexiva y crítica, de acuerdo a lo que exigen el cuidado de la integridad física y mental del hombre sano y enfermo dentro del marco de la Bioética, así como de las disposiciones jurídicas y de acuerdo a las normas socioeconómicas y culturales de su grupo social. <p>Dentro de los principios axiológicos que el <i>currículum</i> explícito propone para sus egresados están:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integridad moral y rectitud. • Responsabilidad y disciplina. • Respeto a la verdad, a la justicia, a la honradez y a la dignidad humana. • Humanismo y solidaridad.

Fuente: Elaboración propia a partir de información contenida en la página de la Fac. Med. UABJO.

Se supone que estos principios tendrían que constituirse en la columna vertebral de los procesos de enseñanza-aprendizaje y en la práctica docente; en la realidad, hay un profundo trecho y el proceso está plagado de profundas e innumerables contradicciones. Es decir, los estudiantes están expuestos a la tensión entre expectativas y práctica, a través de acciones y mensajes contradictorios, o lo que Sanz (2014) llama la confrontación entre la "moralidad expresada" y la "moralidad presentada". Ésta se refiere a aspectos del *currículum* oculto que los estudiantes de medicina confrontan cotidianamente en procesos, contenidos y relaciones sociales contradictorias en el aprendizaje, tanto en aula como en los campos clínicos, el

internado, el trabajo social y sucesivamente la residencia de especialidad (*Idem*; véase Tabla 14).

Tabla 14.- Tabla. Moralidad ‘expresada’ frente a moralidad ‘presentada’

Moralidad ‘expresada’	Moralidad ‘presentada’
Idealismo	Demandas del mercado
Vocación	Lucro
Atención al paciente	Investigación
Enseñanza	Investigación
Atención al paciente	Enseñanza
Paciente como persona	Ultra-especialización
Razonamiento	Listado de síndromes
Formación para ejercer	Información para progresar
Conciencia individual	Criterio institucional
Dedicación al paciente	Uso eficiente del tiempo
Médico generalista	Parceladores anónimos
Amistad médica	Medicina defensiva
Medicina-artesanal	Medicina-línea (cadena) de montaje
Arte de la medicina	Factoría (fábrica) médica
Necesidades médicas	Demanda inducida

Fuente: Sanz, E.J. 2014: S29

Varios de los ideales incluidos en la columna de la "moralidad expresada" se comparten en los Planes de estudios de la Fac. Med. UABJO y, en algunos casos, hay catedráticos que tratan de promoverlos en clase, por lo menos en ciertos momentos de su práctica docente. Para Sanz (2014), los alumnos notan que existen ideales que están incluidos en la visión aspiracional de lo que es ser un buen médico; añadiría además, que en muchos casos y como vimos en el capítulo uno, llegan a estudiar medicina compartiendo esos ideales. Según este autor, los principios y orientaciones morales con las que llegan los estudiantes y que se transmiten durante las clases, se terminan perdiendo al llegar a la enseñanza en la práctica clínica (*Idem*). Por ejemplo, según este mismo autor, durante las clases se les enseña que la atención a los pacientes es importante por ser personas, sin embargo en la práctica

encuentran que la atención a los pacientes se vuelve principalmente un medio de enseñanza para los estudiantes donde los pacientes se vuelven casos clínicos; en la escuela les enseñan a dedicar tiempo a los pacientes, sin embargo en la práctica es necesario optimizar el tiempo utilizándolo de manera eficiente y dando una atención rápida y despersonalizada.

A diferencia de lo que expresa Sanz (2014), las disonancias o contradicciones entre la moralidad expresada y la moralidad presentada, en la Fac. Med. UABJO se presentan ya en las aulas -de manera algo circunstancial según quien enseña- desde el primer año de formación de pregrado en medicina, sin necesidad de esperar hasta llegar a los campos clínicos o el internado; esto, aun reconociendo que, en cuanto se avanza con la formación y se inicia la práctica clínica con pacientes, generalmente en entornos hospitalarios, la disonancia y las contradicciones se profundizan y multiplican.

Siguiendo a Coles (1998, citado en Sanz, 2014:S28), podemos notar que, dentro del perfil de egreso de la Fac. Med. UABJO, los planes de estudios pretenden fomentar el razonamiento complejo y la reflexión independiente, cuando en los salones de clase es común que se monitoree el aprendizaje de los estudiantes sobre la base de la memorización y retención exhaustiva y sin errores de la información, aplicando exámenes de respuesta múltiple; se propone como ideal el trabajo en equipo pero al mismo tiempo hay profesores que fomentan y recompensan la competencia entre alumnos; se declara el objetivo de diagnosticar tomando en cuenta los determinantes sociales de las enfermedades, cuando en las clases y en la práctica clínica se enseña a escindir la etiología y las consecuencias sociales de la patología del análisis diagnóstico, como si fueran aspectos irrelevantes o por lo menos, secundarios. De manera similar, entre las aspiraciones manifestadas en el perfil de egreso de la facultad, se incluye la importancia de la atención integral del paciente como persona, cuando, en el salón de clase se enseñan anatomía, fisiología y patología en las aulas pensando no tanto en la persona sino en un cuerpo, y no en un ser integral, sino en órganos separados y diferenciados. Finalmente se valora idealmente la prevención en salud y la atención primaria, pero en la práctica todo apunta a una preparación y a fomentar la aspiración de la especialización médica, en lugar que la medicina general.

Varios de estos puntos se retomarán en el siguiente capítulo, dedicado específicamente a cómo se construye el saber médico desde la perspectiva de la docencia. Aquí me es importante recalcar tres puntos. Primero, que existe esta disonancia. Segundo, que los alumnos la perciben y en muchos casos la padecen. Y, por último, que la ideología médica

“idealizada” se sigue promoviendo en el *currículum* explícito de la facultad porque cumple con ciertas funciones que se siguen pensando como importantes y valiosas.

Good (1994), uno de los principales antropólogos médicos que ha estudiado la formación en las escuelas de medicina, remarca cómo dentro de las actividades centrales de la medicina se encuentra el proceso de mediación entre los aspectos técnicos, por un lado, y los que este autor llama los "soterológicos"; esto es, entre el conocimiento fisiológico y patológico del cuerpo humano, por un lado, y la aspiración moral a salvar vidas, por el otro. Insiste en que la noción de salvación nunca está tan lejos, aun en la formación médica y en la práctica clínica. Como vimos en el capítulo uno, los aspectos soterológicos son los que mueven a una mayoría de los estudiantes en seleccionar esta carrera y en aspirar a ser médicos, con una pasión genuina de aliviar el sufrimiento y salvar vidas humanas.

Sin negar la presencia de estos principios morales como una corriente subterránea vital en la medicina, el seguir construyendo el ser médico sobre la base de valores que promueven la idea de que la medicina es una profesión altruista y de servicio, responde también a otras funciones. El conjuntar esta perspectiva como la idea de que, a través de los conocimientos adquiridos, los médicos tienen habilidades para diagnosticar enfermedades, curar enfermos y salvar vidas, promueve en el fondo, una idea de la medicina todopoderosa. De ahí a volverse dioses, el trecho no es tan largo, con las posibles consecuencias que esta visión, finalmente soberbia, de la medicina conlleva en cuanto a la autopercepción del médico y de su quehacer ante los pacientes.

Finalmente, el aprender durante la formación, el adherirse formalmente, y el enunciar explícitamente estas aspiraciones e ideales como principios axiológicos de la profesión, conlleva además a que la gran mayoría de las y los médicos se identifiquen a sí mismos y conciben y justifiquen su actuar a través de esta ideología; apelando a ella, aun si en la práctica ésta no guía necesariamente o lo hace de manera marginal, su quehacer clínico. Cuando esta ideología hegemónica se desvirtúa de la práctica, adherirse e invocarla sirve también para escudarse, justificando y legitimando con ella cualquier tipo de actuación por parte del profesional.

Durante los meses en los que me encontré conviviendo de manera cercana a los y las alumnas de la Fac. Med. UABJO pude percatarme de que ellos viven en una constante contradicción entre lo que se propone como aspiraciones e ideales médicos en su ingreso a la facultad y en el perfil de egreso y lo que ellos observan en su día a día. Así lo transmite una alumna de

primer año, quien situada en los primeros meses del contexto escolar, percibe y se encuentra turbada por la contradicción entre la "moralidad expresada" y la "moralidad presentada" (Sanz, 2014), al encontrarse con profesores en quienes no ve reflejados los principios axiológicos de la medicina:

Me sentía frustrada porque a veces intentaba ser mejor y no me salía, y creo que, creo que más bien, eh, pues sí frustrada, decepcionada porque creo que todos en general fuera de la carrera se imaginan medicina como una carrera muy noble y creo que, en sí, el ejercer medicina al final es noble pero durante la carrera a mí no se me hace muy noble se me hace que... al contrario, muy hostil. Y me encontré decepcionada de los doctores porque todo mundo -y yo también- tenía esta idea de que son muy buenas personas y que son muy, eh... pues sí buenas personas y que entienden y que son empáticos, y etcétera. Y al final, cuando realmente los conocí como doctores, son muy hostiles y son muy duros. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

En el trabajo de investigación, pero también en mi propia trayectoria como profesional de la medicina, me he confrontado una y otra vez con esta disociación entre la visión ideal normativa que permea los planes de estudio y el perfil de egreso de una facultad como la Fac. Med. UABJO (al igual que otras facultades y escuelas), por un lado, y cómo se enseña a través del modelaje, se aprende en la escuela y se termina practicando la medicina, por el otro.

Los ideales y aspiraciones de la medicina expresados en el perfil de egreso de la Fac. Med. UABJO son seguramente bien intencionados, pero al mismo tiempo son parte de la ideología hegemónica del ser y hacer médico en el sentido de establecer un marco axiológico con estándares altos a nivel ético, atrás de los cuales sin embargo, se producen y reproducen prácticas durante la formación, pero también en el ejercicio sucesivo de la profesión médica, muchas de las cuales no tienen nada que ver con lo que se promueve a nivel ideal. En este sentido, la disociación entre estos valores ideológicos y la práctica en la formación de la profesión médica se puede expresar como la disonancia, pero también la complementariedad funcional, entre el *curriculum* explícito (expresado en perfil de egreso y planes de estudio) y el *curriculum* oculto (expresado en la interrelación entre alumnos y profesores y en ciertas prácticas docentes).

Ambos, envuelven a los alumnos en una serie de vivencias que provocan dilemas y aprendizajes que son contradictorios y ambiguos; estas situaciones contribuyen a transformar poco a poco las identidades personales y a formar las identidades profesionales durante la educación médica de pregrado. Ciertamente, muchas de estas características son compartidas en la formación médica entre distintos tipos de estudiantes y es muy probable que también intervienen en distintas escuelas de medicina en el país; por lo tanto, no serían peculiares de

la Fac.Med. UABJO. Al mismo tiempo, hay procesos y características que dependen más de las idiosincrasias y contingencias de quiénes son los profesores que enseñan qué materias y con qué estilo pedagógico en esta facultad y de las interacciones que estos establecen con los alumnos y alumnas que, por azares del destino, los tuvieron como maestros por su paso en la carrera.

El "ser médico"

El "ser médico" es un concepto central en esta investigación aun si no es tan sencillo precisarlo, ya que se difumina en otros conceptos como *curriculum* informal y/u oculto y es difícil de separarse analíticamente -aún más en la práctica- del "saber médico".

Propongo definir el "ser médico" en la formación de pregrado en medicina, como el proceso mediante el cual se enseña a través de la socialización y el modelaje a las y los estudiantes una serie de actitudes, disposiciones, valores y comportamientos que, se supone, les servirán--en conjunto con el "saber médico"--como columna vertebral para su posterior inserción eficaz dentro del campo clínico y en el ejercicio efectivo de su profesión. Al mismo tiempo, "ser médico" refiere al resultado: cómo, cuáles y hasta qué punto cada estudiante procesará estas influencias en su nueva identidad profesional como médico en ciernes.

Algunos autores hacen referencia al contexto en que se dan y al cómo se dan estas influencias como el *curriculum* informal (Haffery, 1998) o el *curriculum* experiencial (cf. O'Donnell, 2014:7) en la educación médica, donde se enseña y se aprende a través de las interacciones interpersonales, las cuales se dan no solo en el salón de clase, sino también en espacios más informales, como los patios, los corredores, la cafetería, y las salas de espera, tanto de las universidades como en las unidades médicas (Haffery, 1998; Jaye et al, 2006; O' Donnell, 2014). Este concepto incluye el papel que juegan en los procesos de enseñanza-aprendizaje, los modelos a seguir (*role models*) tanto positivos como negativos (Haffery, 1998; O' Donnell, 2014) o lo que aquí hemos definido como modelaje.

En el proceso de "ser médico", las y los estudiantes también aprenden del *curriculum* oculto mediante la influencia subyacente del ambiente social y educativo de la escuela de medicina como institución, la cual tiene que ser entendida como sistema cultural y como comunidad moral al mismo tiempo (Hafferty, 1998). Jaye y colegas proponen además estas dimensiones como fundamentales en el proceso de enseñanza-aprendizaje del "ser médico":

...involucra desarrollar e internalizar valores profesionales, actitudes y comportamientos. La educación médica se describe frecuentemente como una forma de socialización profesional y de aculturación moral a través de la cual se transmiten las expectativas normativas para el comportamiento y el manejo de las emociones al personal novato. Mientras las virtudes como compasión, honestidad, integridad, altruismo y respeto son valoradas explícitamente como positivas por la profesión, otros argumentan que la profesión médica también valora mucho pero de manera encubierta, características como la masculinidad, la competencia feroz, el desapego emocional, la agresión, el intervencionismo y antipatía por la debilidad. Esta tensión no resuelta entre las fuerzas curriculares que objetivan o que humanizan, o entre competencia y cuidado ha sido descrita como un rasgo caracterial de la educación médica y la socialización profesional que la acompaña (2006: 143-4)¹⁴.

En el caso de la Fac. Med. UABJO, podemos pensar que el enseñar y aprender a ser médico involucra múltiples dimensiones e interacciones, desde los distintos estilos pedagógicos de profesores con los que se relacionan los y las estudiantes, las relaciones interpersonales entre estudiantes y con los profesores, el modelaje, el ambiente de aprendizaje que se crea en el salón de clase, el trato que los profesores les dan a los estudiantes o ciertos estudiantes (incluyendo situaciones de maltrato y abuso) y las evaluaciones, las cuales muestran a los alumnos lo que objetivamente es valioso e importante para la formación en medicina. Incluyen también aspectos como los rituales culturales y simbólicos que marcan un hito en la formación médica, tales como el uso de la bata blanca, y eventos como escribir por primera vez una receta médica o una nota clínica (véase: Hafferty y O'Donnell, 2014 para varios ejemplos).

En esta investigación el ser médico se diferencia heurísticamente del saber médico ya que éste último se centra, en primer lugar, en los conocimientos técnicos teóricos y prácticos desde un campo especializado del conocimiento, o las habilidades cognitivas y de procedimientos enseñadas por las curricula explícitas de las escuelas (Hafferty, 2014). Al conocimiento técnico y las habilidades clínicas, en segundo lugar se añade en el saber médico aquellas orientaciones subyacentes de la biomedicina que se enseñan desde los salones de clase y que tienen que ver con su enfoque biologista y mecanicista, el método anatomoclínico, el lenguaje específico y técnico de la medicina y el aprendizaje de la mirada clínica objetivante. En la práctica, el ser médico y el saber médico se entrelazan en los procesos de enseñanza-aprendizaje durante la formación en el pregrado, por lo que esta separación es más bien heurística. Al saber médico se dedica el siguiente capítulo.

Cabe recalcar que "el ser médico" no es sinónimo de *curriculum* oculto aun si los dos conceptos se entrelazan estrechamente. Mientras este último se refiere más bien al ambiente

¹⁴ Original en inglés. La traducción es mía.

o al medio propicio para desarrollar ciertos aprendizajes informales e institucionales en la educación médica (véase el siguiente apartado), el primero se refiere al proceso dinámico y a los resultados a nivel identitario entre los estudiantes durante sus años de pregrado.

Finalmente, es importante mencionar que el proceso del "ser médico" no termina dando resultados homogéneos y uniformes entre todo el alumnado. Cada estudiante procesará las influencias informales interpersonales a las que ha sido expuesto/a durante la socialización y el modelaje con sus profesores y otros alumnos en la carrera, e interiorizará y se apropiará de aquellas que le hagan más sentido en la interacción dinámica entre su identidad personal y la formación en ciernes de una nueva identidad profesional médica.

El *curriculum* oculto

Acompañé a Gustavo, un estudiante de tercer año, a sus prácticas en centro de salud, en esta ocasión se encuentra observando una consulta. Observo que en general en la consulta médica, el médico que atiende le da mucho valor al expediente clínico más que a su trato con los pacientes. Su autoridad está en su voz o en su "parecer que sabe". Entra otra paciente. Gustavo como estudiante no puede preguntarle nada a la paciente, no puede interrogarla, no puede poner en práctica los conocimientos sobre clínica (interrogatorio y exploración física) que está aprendiendo en la escuela, sólo tiene permitido observar, estando callado, su presencia se limita a ayudarlo al médico adscrito a rellenar papelería para el expediente.

Mientras veo a los pacientes pasar consulta a consulta, miro que el médico que atiende casi no tiene interacción con los pacientes, faltan miradas, faltan palabras. Otra de las estudiantes presentes fue aconsejada por el médico: "lo que vas a decir, que sea con seguridad para que el paciente vea que en verdad sabes". (Diario de campo, prácticas en centro de salud urbano, enero 2019).

Es importante también definir a qué nos referimos con *curriculum* oculto. Este involucra a los alumnos y profesores en una serie de vivencias interpersonales e informales que transforman poco a poco la identidad personal y construyen al mismo tiempo la identidad profesional de las y los alumnos durante la educación médica de pregrado, para llegar finalmente a "ser médico". Los profesores juegan un papel importante en este proceso.

El *curriculum* oculto puede ser definido de manera general como las actitudes y valores transmitidos más a menudo de forma implícita y no hablada, a veces de manera no intencional, a través de las estructuras, prácticas y cultura de una institución educativa. Dentro de esta definición, el estudio de la educación médica significa sobre todo, aceptar la importancia del contexto (Hafferty, 2015). Representa un conjunto de normas, valores y reglas no evidentes e implícitos en el proceso social formativo en el que los estudiantes socializan y del cual se apropian y, que poco a poco, interiorizan para eventualmente desempeñar el rol de médicos. Es aquí en donde se pueden analizar las influencias del

entorno social que se van a incorporar en el comportamiento de los estudiantes. El concepto de *curriculum* oculto insta a afirmar que la educación médica es un proceso social y cultural en constante cambio y sometido a múltiples influencias, más allá de la transmisión y aprendizaje de contenidos específicos, por lo que el contexto y las relaciones y dinámicas sociales del entrenamiento médico adquieren gran relevancia.

Jackson acuñó el término de *curriculum* oculto hace más de cincuenta años, sosteniendo que:

“Lo que el alumno aprende en la escuela no es sólo lo que aparece en los documentos curriculares sino algo más complejo, como es el conjunto de reglas y normas que rigen la vida escolar, sentimientos, formas de expresarlos, valores, formas de comportamiento y adaptación a distintos ámbitos” (1968:4).

Estos aprendizajes que no aparecen “declarados” en los proyectos curriculares oficiales los denominó “*Curriculum* oculto”. En la misma obra Jackson señala que: “El grupo, las evaluaciones y la autoridad, cuya combinación confiere un matiz distintivo a la vida escolar, constituyen un currículum oculto que el alumno debe superar si quiere avanzar con éxito a través de su etapa escolar.” (*Ibidem*: 4).

El concepto de *curriculum* oculto ha evolucionado y se ha matizado hacia un enfoque más amplio, integral y social, el cual se centra en el contexto y las múltiples interacciones cotidianas de las y los estudiantes de medicina mientras se integran a procesos educativos. En la década de los noventa, Hafferty enfatizó justamente la importancia del contexto: entre más complejo es el ambiente de la institución formadora de médicos, más probabilidades habrá de enfrentar dilemas. Hafferty enfatiza la influencia de un contexto complicado y dinámico en el desarrollo de valores y actitudes entre los estudiantes de medicina.

Varela (2017) sostiene que, en comparación con el formal, el *curriculum* oculto es más penetrante y consistente, porque se adhiere a aspectos/características/dimensiones sociales y afectivas. Es un aprendizaje profundo porque concierne a los valores y a las creencias que se relacionan con la necesidad de formar parte de un grupo. Funciona como una manera en que los estudiantes se adaptan a la realidad que los circunda. Es un aprendizaje que a menudo es invisible ó inconsciente, y que tiene que ver y se relaciona con la cultura organizacional en la que uno está inmerso. Cuando las actividades cotidianas se desarrollan en forma rutinaria y predecible, los valores que se transmiten, a menudo permanecen desapercibidos hasta que sucede algo imprevisto, algo fuera de costumbre, o hasta que estas rutinas son vistas por alguien nuevo o externo al contexto.

En los complejos contextos de las escuelas de Medicina, pero también de los hospitales durante los campos clínicos en cuarto año y el internado en quinto, los estudiantes se exponen a múltiples y diversas experiencias que son formas espontáneas o dirigidas de socialización, que pueden ser altamente contradictorias, ambivalentes y contrapuestas entre sí. En la docencia conviven diferentes generaciones de médicos con diversidad de valores y maneras de enseñar, actuar, trabajar, promover la medicina y la profesión médica y relacionarse con los y las alumnas.

¿Quiénes enseñan en la UABJO?

Las características del profesorado de la Fac. Med. UABJO han cambiado también desde los años setenta del siglo XX hasta nuestros días, ya que en esos años, la Facultad de Medicina fue fundada como tal y los profesores que fueron invitados a formar parte de la misma fueron aquellos médicos egresados del antiguo Instituto de Ciencias y Artes de Oaxaca, que habían sido enviados a tomar cursos de especialización fuera de Oaxaca y a quienes se les pidió que regresaran como profesores de tiempo completo.

En la UABJO en su conjunto, en la década de los ochenta la planta docente se incrementó; a partir de 1990, cuando la Secretaría de Educación Pública comienza a exigir niveles académicos más altos para los docentes universitarios, en la UABJO se comienza a exigir títulos para ingresar a trabajar en la enseñanza. Al mismo tiempo, surgen los primeros programas de posgrado destinados a mejorar la formación de sus mismos profesores. En términos formales se puede decir que con estas medidas el nivel académico de los docentes de la institución se logró elevar (Montes, 2003). A mediados del año 2002, la composición por sexo de los profesores de la UABJO mostraba un fuerte predominio de los hombres (84%), con sólo 16% de mujeres (Montes, 2003).

En síntesis, se trata de un sector académico que se ha caracterizado durante décadas por ser predominantemente masculino, con pocos jóvenes y un amplio predominio de los de edad “media” (entre 41 y 50 años). En relación a Ciencias de la Salud encontramos en el mismo estudio, más profesores con edad avanzada y el menor porcentaje de jóvenes. En relación ahora con el periodo de ingreso a la UABJO, 55% de los docentes de Ciencias de la Salud y 46% de los de Ingenierías y Tecnologías ingresaron antes de 1985 (Montes, 2003).

Según la información oficial, la Facultad de Medicina actualmente cuenta con 206 profesores en total, distribuido en distintas categorías según su contrato de trabajo (véase Tabla 15).

Tabla 15.- Número de profesores en la Fac. Med. UABJO

Categoría	Número de profesores
Profesor de Tiempo Completo	24
Profesor de asignatura	176
Profesor CONACyT	06
TOTAL	206

Fuente: elaboración propia, Formato 911 Fac. Med. UABJO.

De mis observaciones en campo derivó la apreciación inmediata de que la gran mayoría de los profesores, así como médicos del gobierno de la Facultad de Medicina son hombres. Observo también que los profesores son, en su mayoría, especialistas y que existe variedad en cuanto a edades y tendencias y estilos en la enseñanza de la Medicina. El hecho de que los profesores en su mayoría sean hombres, explica en parte las representaciones sociales de género que se reproducen en la facultad. , aunque también las profesoras establecen relaciones que reproducen desigualdades de género y tratos diferenciales entre alumnos y alumnas.

Para conocer de qué manera se construye el “ser médico” en la Fac. Med. UABJO fue necesario para mí hacer observaciones durante las clases de Anatomía, Clínica Propedéutica y Ginecología; las cuales son impartidas a alumnos de primero, tercero y cuarto años. De este modo, pude acercarme a la forma de pensar y de transmitir el ser médico de maestros de diferentes generaciones y con distintos estilos de enseñanza. Los docentes de estas clases son cinco hombres y una sola mujer.

Los diferentes repertorios de comportamiento pedagógico y la importancia del modelaje en medicina

Durante las horas de observación en clase, me di cuenta que los diferentes repertorios de comportamiento pedagógico de los profesores, se expresan en diferentes versiones de modelaje hacia las y los alumnos. Para Zinser (2017) el ejemplo del maestro o la imagen que transmite a sus alumnos, conocida también como *role model* o modelaje, sigue teniendo un gran impacto en el proceso educativo, y quizá nunca será sustituida por las estrategias que se han diseñado para uniformar la calidad de la atención. Las diferentes etapas en la formación del médico lo exponen a distintos procesos de enseñanza, a diferentes escenarios pedagógicos y a maestros con perfiles muy distintos, por tanto, los ejemplos que recibe son

muy variados. El modelaje varía en gran medida de acuerdo con las circunstancias; el que se vive en el salón de clases es especial, ya que transmite actitudes y cualidades que pueden ser positivas o negativas y tener influencia en la formación de un médico en cuanto a la preparación profesional, el manejo de la información, la relación social médico-paciente, y la promoción o no de ciertos principios axiológicos como el equilibrio, la sencillez, la honestidad, la empatía y la ética en el desempeño de la profesión (Zinser, 2017).

“La mayor parte de nuestras conductas sociales las adquirimos viendo cómo otros las ejecutan”; con esta premisa se podría comprender la teoría del modelaje y aprendizaje social, también conocida como aprendizaje vicario, basado en situaciones que involucran por lo menos a dos personas: el modelo, quien es el que realiza una tarea determinada y el sujeto quien realiza la observación de esa conducta. El precursor de dicho modelo, Bandura (1987) propuso que el aprendizaje puede ocurrir simplemente observando las acciones de otros.

Bandura identificó tres modelos básicos de aprendizaje observacional:

- Un modelo vivo, que implica a un individuo real que demuestra o que actúa hacia fuera un comportamiento.
- Un modelo de instrucción verbal, que implica descripciones y explicaciones de un comportamiento.
- Un modelo simbólico, que involucra personajes reales o ficticios que muestran comportamientos en libros, películas, programas de televisión o medios en línea.

Al comprender mejor cómo funciona la teoría del aprendizaje social, se puede llegar a una mayor apreciación del poderoso papel que la observación y la interacción social inmediata y significativa entre docentes y alumnos pueden desempeñar en la configuración de lo que conocemos y lo que realizamos.

La educación médica, en forma amplia, es entendida como el conjunto de procesos, formales y no formales, realizados intencionalmente o no, por medio de los cuales, las y los estudiantes acceden al aprendizaje y participan de la cultura médica. Para Burgos (20002), observar los repertorios de comportamiento pedagógico o estilos pedagógicos, implica analizar las modalidades que los educadores consideran correctas y los modelos generales subyacentes que dirigen el aprendizaje.

El aprender a ser médico se ha transformado en el tiempo, ya que la visión ideal y normativa de la biomedicina expresada en el *currículum* explícito ha pasado de una enseñanza-aprendizaje

más allá del aula, en donde lo tutorial era fundamental, a una enseñanza-aprendizaje en donde las y los alumnos solo aprenden en el aula y a través de la práctica clínica. Es decir, la transmisión de las ideas y aspiraciones de la medicina en la enseñanza tutorial posiblemente eran más evidentes y directas, acercándose más a lo que Bandura define como el "modelo vivo".

Cuando era niña descubrí que la medicina, con sus aspiraciones e ideales no se aprendían solamente en la escuela. Mi infancia se desarrolló en la ciudad de Oaxaca, en donde, durante muchas noches, mi madre y yo acompañamos en el carro a mi papá, que es médico, a realizar visitas domiciliarias u hospitalarias a sus pacientes. Me gustaba llegar los domingos en las tardes a casa de algún paciente de mi papá y recibir algún regalo por mi calmada espera como niña, los regalos iban desde jugar con el perro de la casa, hasta comer helado que tenían como postre.

Otros domingos de mi infancia, mientras desayunábamos en mi casa, tocaban el timbre y casi siempre era el Doctor Antonio, a quien como niña bauticé como el "doctor chalán", por ser el ayudante de mi papá en todas sus curaciones y visitas a hospitales. El Dr. Antonio era un médico general egresado de la UABJO, había sido alumno de mi padre en la materia de Endocrinología; al terminar la carrera habló con mi papá y le pidió ser su ayudante. Para entonces, lo que él buscaba era un tutor, alguien que le llevara de la mano en el arte de ejercer la medicina y hacer clientela. Con el paso del tiempo yo misma fui testigo de que cada vez eran menos los alumnos que se acercaban a mi papá como lo hizo el Dr. Antonio, y que eran más los que le pedían consejo para realizar una especialización. Posiblemente, la manera de ejercer la medicina en Oaxaca se transformó al igual que en el resto del país, al mismo tiempo en que el mercado médico cambió, desapareciendo poco a poco la enseñanza tutorial y perdiendo atractivo la medicina general.

Hoy en día, el ser médico y el saber médico se construyen a nivel ideológico y de contenidos técnicos dentro del aula, por parte de los docentes que dan clases. En la Fac. Med. UABJO pude observar cómo los profesores tienen su propia ideología, influida por su propia historia de vida. El ser médico no se construye solamente a través de lo que el profesor habla explícitamente sobre biomedicina, sino también a través de lo que transmite en su forma de impartir la clase, y en sus comentarios y sus actitudes, durante la sesión y hacia los y las alumnas.

Con el siguiente extracto de diario de campo, quiero ejemplificar una de las maneras en que se construye el “ser médico” en la Fac. Med. UABJO. El extracto se obtuvo a través de la observación de un profesor en salón de clase, donde se transmite una forma particular del "ser médico" durante el proceso de enseñanza y socialización que este profesor establece con su alumnado.

Son las 8:20 am y la clase de Clínica propedéutica de los alumnos de tercer año aún no empieza. Como todos los días, el Dr. Alonso anota la fecha en la esquina superior derecha del pizarrón y también una cita en latín “*Sine amicitia, vita nullam est.* Cicerón”. El hecho de que el maestro escriba una cita en el pizarrón en cada clase me recuerda a mi propia experiencia durante la carrera de Medicina, hubo maestros que lo hicieron, especialmente dos de la materia de Fisiología. A mí siempre me pareció interesante llegar a clase y ver con mucha expectativa qué frase iba a escribir ese día mi maestro... Esas frases le daban “tierra” a tanta ciencia, nombres, epónimos, y maniobras que en ese entonces aprendía. Me llama la atención que en esta ocasión la cita sea en latín y sin traducción al español. Su clase me recuerda también que durante mi carrera había profesores que exponían sus clases en Power Point e intercalaban fotografías de pinturas o esculturas, parte de la clase era saber quién era el autor, ante lo cual los maestros aconsejaban viajar al país en donde se encuentra la obra o ir a tal museo para conocer la obra que estábamos viendo. Posiblemente para el Dr. Alonso tenga la misma función.

En este primer día observo que hay solamente 10 alumnos, en su mayoría mujeres. El doctor es generalmente afable y explica bien su materia. Entonces el doctor Alonso empieza su clase, observo que habla mucho y por largos ratos sin pausar, tiene su bote de agua pura en el escritorio. Hace frío y el doctor solo está en camisa de manga corta y pantalón de vestir, no usa corbata ni bata blanca. Parece no tener frío, tal vez está acalorado por el esfuerzo de dictar su conferencia sin interrupciones durante largos ratos.

Empieza la clase, en esta ocasión habla sobre “las cefaleas” (dolor de cabeza). Entre otros puntos, declara en algún momento: “es un síntoma muy frecuente en la gente, siempre van a consulta por un dolor de cabeza”. Como normalmente hace, de vez en cuando pausa e interactúa con algún o alguna estudiante, sobre todo los que están sentados en las primeras filas. En un momento, para el monólogo y le pregunta algo a Gerardo que está sentado hasta adelante, pero este estudiante no sabe contestar. Sin inmutarse, el doctor le dice a Gerardo, pero también dirigiéndose al resto de la clase: “acuérdense que ya son médicos, tienes que pensar, vestirte y evacuar como médico”. Lo anterior ocasiona la carcajada de todos nosotros. En esta clase, los alumnos se pueden reír a instigación del maestro, sin que este aparente molestarse; al contrario, parece que está esperando esa reacción de parte de la audiencia. Tengo la impresión que estos eventos interactivos funcionan para romper las barreras de distancia y reducir por lo menos, momentáneamente las jerarquías entre profesor y alumnado. (Diario de campo 13-11-18).

El extracto anterior, nos abre una ventana hacia un cierto estilo de enseñar, una forma particular de concebir la medicina y la profesión médica y una manera específica de relacionarse con los estudiantes. En primer lugar, el Dr. Alonso pertenece a una tradición familiar intergeneracional de médicos de larga data: su padre era médico, y él es parte de una generación de médicos que lleva mucho tiempo practicando y sobre todo enseñando, con ciertos rasgos pedagógicos y orientativos de la disciplina y la profesión que de alguna manera están desapareciendo actualmente. Egresó de la UABJO en 1977, por lo que ha podido observar muchas generaciones de estudiantes de medicina pasando por la escuela y a las que

les ha dado clases, ya que también ha sido profesor de esta escuela por muchos años, impartiendo diversas materias. Así relata cómo y por qué se volvió médico

Al preguntarle sobre la diferencia entre la enseñanza de la medicina, anterior y actualmente en la Fac. Med. UABJO, sus respuestas se enfocan hacia la orientación de lo que el *currículum* explícito de la Facultad expresa a través del perfil de egreso; es decir, lo que se esperaba antes al egresar como médico general. Se trata de una visión aspiracional de la profesión con la que el Dr. Alonso se identifica y que todavía está plasmada en ese documento oficial pero que es ya muy distante de lo que se promueve y se espera actualmente para los egresados por parte de la mayoría de los docentes. “Les digo, yo no tuve maestros especialistas de... ni en pedagogía, ni muchos especialistas, la mayoría de mis maestros eran médicos generales y sabían todo. Y nos enseñaban lo básico, lo necesario para ser un buen médico general” (Dr. Alonso, profesor de Clínica Propedéutica, entrevista).

Ese "sabían todo" se interpreta por el Dr. Alonso de manera prácticamente literal. Un "buen médico general" para él implica un profesional muy bien preparado en los conocimientos teóricos y prácticos de la clínica, pero no sólo. También debe de ser una persona ilustrada y culta, preparada no sólo en las ciencias médicas, sino también versátil y cómodo en las culturas y las artes; siendo exponente y promotor de una cultura clásica que se piensa en sí misma como la Cultura, o la cultura universal. La cita en latín en el pizarrón es un ejemplo de esta visión de la medicina no solo como ciencia sino como arte humanística y es representativa del ideal del ser médico como un exponente de esa cultura que, si se logra adquirir y dominar, sirve también para educar al mundo. Es interesante notar que el latín no es parte del *currículum* de ningún tipo de preparatoria en México, por lo que pensar que los y las estudiantes puedan entender citas en esta lengua clásica es totalmente irrazonable. Sin embargo, utilizarla ante estudiantes es recordar y promover una aspiración ideal: lo que el ser médico debería incluir y lo que la cultura médica debería representar, no solo ante los estudiantes, sino y sobre todo ante la sociedad.

La promoción de este ideal de que el médico necesita ser detentor de una cultura clásica general fue también parte del *currículum* oculto al que fui expuesta durante mi formación como médica. Nuevamente, se vuelve evidente en otro momento en esta misma sesión durante la exposición en PowerPoint del profesor acerca de los síntomas de la cefalea. El Dr. Alonso expone imágenes de pacientes de todo tipo derivadas de su propia práctica clínica: hombres y mujeres, jóvenes y ancianos, personas visiblemente adineradas y otras de clase social baja. De repente entre estas imágenes que dan cuenta de la diversidad y estratificación

social de la sociedad oaxaqueña. aparece una imagen de la Piedad de Miguel Ángel, ante la cual el Dr. Alonso pregunta con autoridad y firmeza, de qué obra se trata, quién la hizo y dónde se sitúa. Los alumnos que yo tengo a lado mío comienzan a murmurar, otros goglean rápidamente la imagen y todos aportan una respuesta diferente. Cuando una alumna del extremo derecho del aula acierta con su respuesta, el maestro expresa aprobación y una profunda satisfacción.

Sin embargo y de manera algo contradictoria, la promoción del "ser médico" como persona culta e ilustrada que el Dr. Alonso impulsa en sus clases no es particularmente elitista, ni tampoco es particularmente excluyente. Este profesor no promueve una medicina distinguida ante otras formas de conocimientos, tampoco fomenta el establecimiento de relaciones jerárquicas y dominantes con sus alumnos a partir del rol del médico-profesor-detentor de un saber superior al que los estudiantes deben de venerar, reverenciar y admirar, manteniendo una posición subordinada a una distancia infranqueable.

En sus clases, promueve un cierto grado de camaradería, alcanza a crear complicidad y construye cierta cercanía que logra romper barreras y construir una identidad profesional colectiva compartida; lo anterior, expresado por esa declaración contundente: "acuérdense que ya son médicos, tienes que pensar, vestirte y evacuar como médico", aun si todavía en realidad, los estudiantes no lo son y al mismo tiempo ya lo son, porque están en proceso de formación y todavía les falta aprender mucho acerca del "ser médico". Este profesor, logra construir así una identidad que los acomuna, al mismo tiempo que no pierde nunca la autoridad del ser él el docente, siempre siendo él, quien provoca esos momentos de hilaridad donde las jerarquías se quiebran. Al mismo tiempo, esa identidad profesional común se construye en su propia especificidad: él enseña que el ser médico implica ser diferente de los demás que no los son, conllevando un proceso de aprendizaje que justamente el Dr. Alonso enseña a través del modelaje.

En realidad, este profesor tiene más bien nostalgia de la medicina de antaño, donde el médico general no solo estaba muy bien formado, sino podía y tenía el deber moral de enseñar a sus estudiantes de manera directa, tutorial y a través del ejemplo a ser no solo buenos profesionales, sino "buenas" personas. Como egresado de la UABJO de una generación de los años setenta, ha vivido la transformación que el ejercicio de la medicina ha tenido en el medio público y privado oaxaqueño. Recuerda con nostalgia aquellas generaciones de alumnos que le pedían que les dejara aprender medicina acompañándolo en su consultorio,

con sus pacientes, en su día a día, siendo su tutor. Actualmente casi ya no se observan estos alumnos:

Existe actualmente una falta de motivación en los estudiantes, además de que todos sus maestros son especialistas. Entonces para tener una enseñanza tutorial tendrían que tener desde ahora la inclinación para pegarte a alguno de ellos. (Dr. Alonso, profesor de Clínica Propedéutica, entrevista).

Dentro de las ideas sobre la medicina transmitidas por el doctor Alonso, está el que la medicina es un “compromiso social” que se adquiere desde que se es estudiante; posiblemente estas aspiraciones ideológicas de la medicina se transmitían de un modo más eficaz a través de la enseñanza práctica tutorial, que era frecuente anteriormente en Oaxaca. Pues así, cuando en épocas anteriores los estudiantes asistían a los consultorios de los médicos, no sólo aprendían de medicina sino que podían observar y aprender la manera de relacionarse con los pacientes de una forma mucho más cercana y menos impersonal; viéndolas o tratando de verlas, como personas integrales y no (o no sólo) como órganos patologizados; aprendiendo a establecer un trato respetuoso con los pacientes, aun si con tintes seguramente paternos, por no decir paternalistas. Para el Dr. Alonso este es precisamente el ideal de la Medicina General, un ideal que él bien sabe está desapareciendo pero al cual él, en particular, se aferra con tenacidad en su papel de docente y con sus estudiantes, transmitiendo un "ser médico" que ya es difícil de encontrar en la Fac.Med. UABJO pero que todavía está presente y que los y las estudiantes visiblemente aprecian.

Como se mencionó previamente, existe una contradicción en lo que se expresa en el perfil de egreso sobre la importancia de egresar médicos generales con una visión integral de las personas, sin embargo, sin enseñanza tutorial, actualmente, resulta difícil que este hecho suceda en la Fac. Med. UABJO puesto que la enseñanza de la medicina tiende a la superespecialización que compartamentaliza cada vez más la atención de las personas, dejando de lado cada vez más la importancia del entorno social en la construcción de las diversas enfermedades. Posiblemente la enseñanza de la medicina en Oaxaca ha dejado de ser tutorial porque se ha perdido la idea de lo que significa ser un médico general en la Facultad de Medicina. Es importante remarcar cómo el énfasis creciente en la especialización dentro de la formación médica, tiene efectos importantes en cuanto a lo que se enseña y cómo se enseña en el pregrado. Viniegra (1991) identifica en particular algunas consecuencias del énfasis puesto en la especialización, esta vez no sólo en el **ser** sino también en el **hacer** médico: despersonalizar la práctica de la medicina y transformar la relación médico-paciente. En este último caso, se hace hincapié en la pérdida de la mirada integral, en la transformación del paciente en patologías determinadas y en la concentración de la atención clínica hacia

órganos específicos. Lo que Viniestra no menciona, pero a mí se me hizo muy evidente en las observaciones en los salones de clase, es que esa despersonalización en realidad, inicia en el aula durante la formación en el pregrado, ya que se promueve por muchos docentes no sólo en la forma en que se enseña la medicina, sino en la misma relación que la mayoría de ellos (pero no todos) establece con sus propios alumnos.

El Dr. Alonso es crítico de esta formación de la medicina y de la transformación de la enseñanza, ya que considera que la enseñanza actual en la UABJO no logra preparar buenos médicos generales mientras crea expectativas en la mayoría de los casos inalcanzables: "Necesitamos cambiar el concepto de médico que queremos egresar, para que los alumnos se sientan seguros cuando salgan, porque vamos generando muchas frustraciones, ya que todos esperan ser especialistas y no todos lo van a lograr." (Dr. Alonso, profesor de Clínica Propedéutica, entrevista).

La construcción del "ser médico" a través de los diferentes estilos pedagógicos

Los diferentes estilos pedagógicos que pude observar entre distintos docentes de la Fac. Med. UABJO derivan en una diversidad en el *currículum* oculto que los alumnos y alumnas experimentan. ¿Qué tipo de enseñanzas, ideología y actitudes fomenta cada docente en el "ser médico"? Basándome en la observación de los profesores durante las horas de clases en las materias de anatomía, clínica propedéutica y ginecología, pero principalmente en los testimonios de las y los alumnos, propongo la siguiente clasificación de los catedráticos de acuerdo a sus estilos pedagógicos. No se trata de una tipología exhaustiva, pero sí funcional para la descripción de estos sujetos de estudio y para la construcción de mis argumentos sucesivos. Ésta incluye:

1.- El profesor con autoridad Caracterizado por la disciplina, la autoridad y las clases magistrales; el maestro es el principal responsable del proceso; el alumno responde de manera proactiva y participa cuando el docente lo requiere. Se genera una relación de confianza entre profesores y alumnos.

2.- El profesor amenazante y represivo el maestro es el principal responsable del proceso mediante clases magistrales, el alumno responde pero no es proactivo y participa cuando el docente lo requiere, la falta de respuestas o de respuestas correctas por de los alumnos cuando son interpelados por el maestro, les genera un castigo ó represión durante la clase o en el curso.

3.- El profesor emocionalmente distante. Es también caracterizado por relaciones asimétricas entre alumnos y profesor, donde el profesor dicta clases y el alumno es pasivo, el profesor es distante emocionalmente y la enseñanza es despersonalizada, sin embargo el docente NO es autoritario ni represivo ya que no impone control y disciplina, ni menos de una manera arbitraria e injustificada.

4.- El profesor estructurado o “estricto” caracterizado por la disciplina, los alumnos establecen una relación jerárquica con el profesor basada en el buen cumplimiento de las normas previamente establecidas que si se cumplen por parte del profesor evitando arbitrariedades.

5.- El profesor no estructurado ó “barco”, un profesor que no exige disciplina de sus alumnos, en ocasiones puede establecer una relación de camaradería con ellos pero su buena relación no se basa en el cumplimiento de las normas previamente establecidas.

El proponer esta clasificación no significa que los docentes caigan en una sola categoría, ya que sus estilos son dinámicos y resultados también de las interacciones sociales diversas que establecen con los alumnos que tienen en sus clases; además, pueden presentar rasgos de varias categorías en sus estilos, por lo que pueden ser percibidos por los estudiantes dentro de una categoría en algunas ocasiones y en otras ocasiones, dentro de otra. La tipología de estilos me sirve para entender algunas características diferenciales en la docencia de los profesores y en cómo construyen el ser médico a través de sus estilos de enseñanza y de las relaciones sociales que establecen con sus alumnos. Además, me sirve para entender cómo perciben la docencia y los diferentes estilos de sus profesores los mismos alumnos.

El profesor “con autoridad”

Para describir este estilo, regreso nuevamente al profesor Alonso, el cual ejemplifica cercanamente este estilo pedagógico, como ya se pudo iniciar a constatar desde la descripción arriba de algunas de las interacciones que establece en el salón de clase con sus alumnos.

El doctor Alonso es un maestro que aparenta mucha seguridad ante los alumnos. Cuando entra a la clase, su actitud es siempre seria, pero al mismo tiempo amigable con todos los alumnos. En ocasiones se pasea entre los mesabancos mientras hace preguntas. El doctor tiene un estilo vertical porque imparte su materia a través de sus exposiciones magistrales y es él que elícita la participación de sus estudiantes pero en momentos específicos de la clase, de una manera estructurada y hacia fines claros e intencionados. En ocasiones se dirige específicamente a alguien, pero la mayoría de las veces expone la clase poniendo una foto de

un paciente y va contando la historia del mismo para provocar que los alumnos vayan preguntando y armando un posible diagnóstico, cuando él lo solicita. Se trata de una metodología participativa porque los alumnos están motivados a conocer más y se sienten estimulados por los casos clínicos que el maestro presenta. Él practica su enseñanza basándose en casos clínicos que arma a base de los pacientes de su propio consultorio, especifica siempre el nombre y la edad de la persona de la que se trata el caso, aportando información de cómo llegó a su consultorio y al final, comparte cómo el paciente se “compuso” con su tratamiento.

En sus clases, el profesor hace mucha referencia a los que él llama la “gente del pueblo”. Casi siempre, los casos clínicos con fotos que él presenta, los refiere a personas que por su vestimentas y otros detalles, visualmente se ven como de clase social media baja, la cual, al parecer, compone la mayoría de su clientela como médico particular. Llama la atención cómo hace mucho hincapié en que como estudiantes de medicina deben “ir a los mercados” para aprender a observar a las personas. Explica lo importante que es observar a la gente en sus costumbres de alimentación y de vestido y en sus formas de ser, pensar y actuar.

En cada sesión el profesor aborda un tema distinto, a partir de los cuadros sintomáticos reportados por el enfermo de turno y los signos visibles en el cuerpo de la persona afligida. Presenta transparencias con fotos de un anciano, de una mujer, de un niño, de un hombre adulto. La estrategia didáctica es clara: si el dolor de cabeza se presenta en cada uno de ellos, como proceso de aprendizaje, se induce a reflexionar que hay que “sospechar” cosas diferentes en cada persona sólo por ser de una edad, sexo e incluso apariencia fenotípica diferente. Es una forma de aprender a simple vista, como médico en formación, a hacer un escaneo rápido de la persona y de las enfermedades que puede tener; también presenta sus riesgos, porque puede conllevar la construcción de estereotipos y prejuicios que pueden volverse obstáculos en un diagnóstico médico.

Los alumnos(as) perciben al doctor Alonso como alguien que tiene mucha “autoridad”: su conocimiento de la materia es incuestionable y su forma de enseñar involucra por momentos a los estudiantes, haciéndolos reflexionar y participar de manera dirigida. Esto lo logra hacer sin necesidad de establecer un ambiente solemne, frío, distante y despersonalizado. Los estudiantes lo respetan mucho y, al mismo tiempo, no le tienen miedo. Esto favorece que se puedan expresar y aventurar a plantear hipótesis en un clima propicio, usen sus capacidades de inducción y deducción y aprendan en el proceso. Cuando él da los ejemplos de los casos clínicos, los alumnos se ríen mucho por los ejemplos que él utiliza y las palabras que usa para

su descripción, propiciando un clima de distensión. El hecho de que es un maestro que físicamente rebasa los 50 años de edad le confiere, además, mayor autoridad para contestarles de manera irónica pero sin ofender a los alumnos con expresiones como: “todavía eres un nene.” (Diario de campo, clase de Clínica Propedéutica, 28-11,18).

Para las y los alumnos de la facultad de Medicina, un profesor con autoridad es aquél que les inspira respeto debido a su experiencia. Así lo expresa precisamente una alumna del Dr. Alonso:

Por su experiencia, creo que él tiene mucha experiencia y creo que eso le hace también tener un buen diagnóstico. O sea, la experiencia hace que él haya visto cosas y que él tenga un buen diagnóstico con sus pacientes. También, como él dice, algo que me gustó mucho que él dijo -como médico- es que hay que escuchar al paciente porque muchas veces los pacientes nada más quieren que los escuches. Y siento que algunos médicos pierden eso, así como que ya van directo a ver qué tienes (Natalia, 21 años, alumna de tercer año, entrevista).

El tener autoridad significa poseer prestigio y crédito que se reconoce a una persona o institución por su legitimidad o por su calidad y competencia en alguna materia (RAE, 2014). En el campo de la antropología médica, Jordan (1993) conceptualiza el conocimiento con autoridad (*authoritative knowledge*) como el poseer conocimientos que los demás aceptan como legítimos y con un valor social ampliamente reconocido.

Además de los puntos ya discutidos en el apartado anterior en cuanto a los aprendizajes del "ser médico", ¿qué otras enseñanzas está transmitiendo un profesor con autoridad? Primero que nada, la construcción de un espacio en el aula que los alumnos encuentran estimulante en cuanto al aprendizaje, al menos al escuchar lo que el profesor les transmite, promueve la confianza en sí mismos entre el alumnado y una valoración positiva de la creatividad y la intuición en emitir diagnósticos clínicos. No se promueven relaciones sociales autoritarias y jerárquicas entre profesor y alumnado, aun cuando el profesor nunca pierde el control de la clase y mantiene en todo momento su autoridad frente a los estudiantes. Esto podría traducir en relaciones menos distantes, más respetuosas y centradas en una mayor y mejor comunicación entre el profesional médico y sus pacientes, una vez que se ejerza la medicina.

Cuando el profesor habla sobre sus pacientes y les da una “cara” y un “nombre”, un origen social y cultural y relaciona los signos y síntomas de las patologías con estas características, por un lado brinda seguridad a sus estudiantes de que lo que está explicando es basado en la experiencia clínica directa. Además, les habla sobre la importancia de conocer estos datos y tratar de ver al paciente como una persona y no cómo un conjunto de órganos enfermos, como ruta para poder establecer un diagnóstico certero en una persona.

Al permitir el diálogo, las preguntas, la comunicación en una relación formalmente jerárquica entre alumnos y profesor, también se transmite la idea de que puede haber un pluralismo de visiones, lo cual se refuerza con su transmisión de que el conocimiento biomédico no es el único, sino que en la relación médico-paciente pueden haber otros saberes sobre los padecimientos, sus etiologías y posibles terapias que ahí se manejan y que esos saberes pueden ser importantes, si no para el médico, sí para los pacientes y por lo tanto, se tienen que tomar en cuenta en la interacción. No se rompe aquí el paradigma de la biomedicina en cuanto a la hegemonía de su saber--construido como el único conocimiento científico legítimo y últimamente válido--para el médico, pero por lo menos se abre el espacio al reconocimiento de la existencia de esos otros saberes, aun si se relegan al ámbito de las creencias culturales de los pacientes.

Como ejemplo de un “profesor con autoridad”, el Dr. Alonso promueve una imagen particular de los pacientes y también del **ser** y **saber** médico entre los estudiantes: al hablarles no solo de las patologías, sino de quiénes son las personas, con la autoridad de quien los ha atendido. De esta manera, les hereda mucho más conocimiento del que pudieran adquirir leyendo solamente un libro o escuchando conferencias de docentes sobre patologías u órganos. Su estilo pedagógico refuerza algunas características del **ser médico**, donde la interacción y comunicación con los pacientes es valorada positivamente y como una fuente importante de conocimiento para ejercer la medicina con mayor eficacia. Al mismo tiempo, promueve formas específicas de construir **saber médico** entre sus estudiantes: se buscan rutas para establecer diagnósticos sin necesidad de memorizar, sino aprendiendo de manera creativa e inductiva a encontrar “la seña” o el indicio de las enfermedades en pacientes de carne y hueso y con sus propias especificidades, para posteriormente llegar a diagnósticos y tratamientos adecuados.

El profesor amenazante y represivo

Son las 7 de la mañana, todos han llegado temprano, cinco minutos antes de entrar a clase. Mario, un alumno de primer año, así como todos sus compañeros viene vestido de blanco, no tiene ninguna prenda de color. La semana pasada se fue a cortar el cabello pues su profesor no lo deja entrar si no está bien peinado y con el cabello corto. Se retiró un piercing que traía en la oreja derecha. Esa mañana el tema es el plexo braquial, cómo se conforma, cuáles son sus nervios terminales. Mario ha estudiado todo el fin de semana, hizo esquemas y se aprendió los nombres y explicaciones del libro de anatomía que les ha dicho el maestro. Aunque no le toca exponer la clase, se prepara bien porque sus compañeros de años superiores le han dicho: “cuando el maestro te pregunta y no contestas como él quiere, te saca de la clase”. Me cuenta que la materia de anatomía con este profesor es muy estresante, pues no sólo hay que aprenderse el contenido del tema sino que durante la clase viven constantemente con miedo a la arbitrariedad, la humillación y el castigo por parte del profesor.

Ha llegado el profesor a la clase, es un hombre de más de 50 años, viste camisa de manga corta y pantalón de vestir, no utiliza bata. Las alumnas y alumnos se encuentran ya sentados cada uno en su pupitre. El equipo de alumnos al que le toca exponer el tema de plexo braquial ha instalado su proyector y su computadora, están listos para empezar a exponer la clase. El profesor entra al salón y los alumnos guardan silencio, yo siento un ambiente muy tenso; la mayoría de los alumnos son mujeres jóvenes entre 18 y 19 años, las noto muy nerviosas, a otros los noto tensos mientras continúan estudiando el tema que van a exponer el día de hoy. Al inicio de la clase el profesor pasa lista y hace preguntas concretas: “tronco nervioso primario del cual deriva el nervio mediano: A ver, tú dime”, dirigiéndose a la primera alumna de la lista. Como no supo contestarle como está escrito en el libro de anatomía el profesor le dice: “salte del salón”. Esto ocasiona mucho miedo y preocupación entre las y los alumnos pues si el maestro los saca en dos ocasiones durante el curso significa que reprueban un examen parcial. Mario [uno de los alumnos entrevistados de tercer año] me dijo que en una ocasión llegó a preguntarle al siguiente de la lista, y como éste estaba dormido en la parte posterior del salón, lo reprobó en el curso. Mario me comentó que ese profesor tiene mal carácter y es extremadamente estricto. (Diario de campo, noviembre de 2018).

Dentro de las experiencias narradas por los alumnos, se encuentran las de los profesores que les infunden miedo y provocan inseguridad en ellos durante las interacciones en clase. Algunos de estos profesores, en lugar de dictar cátedra, explicando la materia, interpelan continuamente a los estudiantes ante todo el salón, acerca de lo que leyeron y qué entendieron, comúnmente descalificando lo que estos estudiantes respondan, tratando de transmitir el contenido del libro. Así lo expresa Diana al recordar el profesor que le impartió recientemente un curso:

Entonces, cuando llevábamos el concepto del libro, nos decía: "ajá ¿y qué entiendes de eso?" Y tú como que tratabas de desarrollar tu idea y te decía, así te hacía unas caras y le decía a... nos quería echar a pelear entre el grupo porque nos decía: "tú qué opinas de lo que dice tu compañero ¿está bien?" Y, pero así con un [tono]... como de burla, como que no le gustaba tu participación. Entonces yo sentía como miedo de participar porque cuando decía algo, me decía: "¿estás segura?, ¿de dónde sacaste eso?, ¿quién te dijo eso?" O, te hacía como [sentir menos]... (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

La misma alumna recuerda la impartición de una de sus materias en primer año, donde el profesor tampoco explicaba los temas, no aclaraba duda en clase y cuya actividad principal en el salón consistía en interrogar a los alumnos y a regañar la mayoría de ellos por dar respuestas que no le parecían satisfactorias:

En primero llevé la clase de anatomía con un doctor que se ve que es un cirujano muy bueno, yo no sé si siga ejerciendo, ya es un poco grande, pero la clase era como a base de preguntar “qué estudiaste”. Y sí es importante que nosotros estudiemos, claro, y preguntaba. Pero nunca se tomaba el tiempo de explicarnos él, si teníamos alguna duda o así, pues ¿no? Todo el tiempo estaba sentado, o si algunos no contestaban pues era como ya empezar a regañar y ya no daba clase. Entonces, siento que [esta materia] es básica y sí es como bien importante que el maestro pues te ayude porque no es tan fácil de entenderla, pero no, en primero sí siento que cada quién, al menos en ese grupo, cada quién aprendió [la materia] como pudo. (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Dentro de la relación jerárquica en la que se encuentran inmersos los alumnos con profesores de la Fac. Med UABJO que reproducen y profundizan esas jerarquías asimétricas, las y los alumnos señalan experiencias comunes de descrédito y humillación:

Cuando yo no contestaba en clase, o no sabía lo que me estaba preguntando, el maestro se burlaba mucho. Era muy hiriente. Cuando no contestábamos adecuadamente respondía diciendo "vete a... vete a, vete a la Central [de abastos], vete a cargar bultos, ahí es dónde, ahí es dónde deberías estar... ¿Por qué andas ahí haciendo que tus papás anden gastando? Si tú, pues no vales ni siquiera... ni siquiera para intendente de acá". (Mario, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Además recuerda:

"Nos denigraba bien feo, era enfadoso y se burlaba mucho de nosotros, de manera despectiva. Cuando alguien no le respondía lo que quería del tema o confundíamos las cosas, gritaba "Pues qué están Downs [con síndrome de Down]? ¿o qué?". O, por ejemplo, algo que hacíamos bien, en lugar de reconocerlo, [nos decía]: "Ah, pues muy bien, es la respuesta correcta". Y decía "Y, qué, eso lo sabe hasta la de las memelas" (Entrevista con Mario, 22 años, alumno de tercer año).

Esa actitud llegó a mortificar y desesperar tanto a este estudiante, que en una ocasión pensó muy seriamente en dejar de asistir a esas clases y recursar el siguiente año con otro profesor. Finalmente logró aguantar y pasó el curso.

Este estilo pedagógico no solo no genera una transmisión efectiva del conocimiento, sino que provoca que los alumnos se centren exclusivamente en sobrellevar la materia, saliendo incólumes o lo menos dañados posibles en su propia autoestima, y tratando de aprobar sus materias o en estudiar no para aprender, sino para no ser humillado frente al grupo por no conocer el tema. Al promover la competencia entre las y los estudiantes, se anula el sentido del trabajo en equipo y se aleja la posibilidad de construir el conocimiento de una manera colaborativa entre todos los alumnos.

Un profesor con quien no sea posible el intercambio de ideas, que inspira miedo en el diálogo o que inclusive no permite el diálogo con sus alumnos, expresa que las relaciones sociales se establecen desde la jerarquía y se caracterizan por ser marcadas por dominación y autoritarismo, donde se transmite y socializa el mensaje que hay personas que valen más que otras y hay unos que no valen nada y cuya palabra está desautorizada.

Estas actitudes es difícil que sean aplicadas por estos profesores de manera generalizada y uniforme a todo el alumnado, sino tienden a dirigirse y a señalar algunos alumnos y alumnas más que a otros. Como vimos en el capítulo anterior y como el fragmento anterior de la entrevista a Mario sugiere, este proceso de identificar, separar y señalar, se produce

discriminando a aquellos estudiantes que el profesor identifica como en una posición de mayor vulnerabilidad o "debilidad", por su género, clase social u por otras características de "otredad" que el profesor evidencia y hacia las cuales se dirige con sus humillaciones y actitudes, palabras o gestos denigrantes. En el caso que relata Mario, se percibe cómo este profesor utiliza, reproduce, profundiza y normaliza las jerarquías sociales de clase prevalecientes en el contexto oaxaqueño, denigrando el valor del trabajo manual atribuyéndolo a el peldaño más bajo de la jerarquía social; al mismo tiempo que denigra al estudiante que "falló" el interrogatorio, relegándolo a ocupar precisamente ese peldaño por su inhabilidad intrínseca de cumplir con las exigencias elevadas del estudio.

Al ocasionar denigración y humillación en quien no responde adecuadamente, se crea una profunda inseguridad entre estudiantes y se provoca un sentimiento de incompetencia y desvalorización personal. Aún más importante, este estilo promueve la interiorización en el estudiantado de jerarquías profundamente autoritarias y dominantes donde quienes tienen el poder, lo ejercen humillando a los que están abajo en la jerarquía. Estas actitudes se pueden reproducir socialmente a posteriori en el "ser médico", promoviendo relaciones sociales profundamente asimétricas y centradas en la descalificación y desvalorización del otro--el o la paciente--en el futuro encuentro médico.

El profesor no autoritario pero emocionalmente distante

El doctor Castillo, profesor de ginecología del grupo de cuarto año es un hombre relativamente joven, casi siempre lo veo vestido con pantalón de mezclilla y camisa tipo polo de colores oscuros. Entra con prisa al salón y le da un USB al jefe de grupo para que proyecte su clase en la computadora. En esta clase, en relación a los grupos de menor grado en los que me he encontrado, los estudiantes guardan más silencio frente al profesor, como si "guardaran distancia" o la figura del profesor la impusiera. La mayoría de los alumnos se encuentran vestidos en su totalidad de blanco, incluyendo a los zapatos; los hombres sin embargo, no traen corbata. Poco a poco aparecen los alumnos para tomar la clase, la edad promedio es de 22 años.

El doctor Castillo inicia su clase dirigiéndose a sus alumnos llamándoles "doctores". En esta ocasión el tema es la "mola hidatiforme", una patología en la que no se forma un feto durante el embarazo. El profesor comienza a hablar dictando cátedra casi sin parar, durante el tiempo de duración de la clase. No da espacio para preguntas entre sus alumnos. La interacción entre ellos es escasa. Observo que las diapositivas pasan de manera interminable, muy rápido, y solo observo letras en ellas. (Diario de campo, Clase de Ginecología 27-11-18).

El Dr. Castillo es un profesor alejado, centrado únicamente en transmitir el contenido de su temario, es un profesor que no explica, ni abre espacio para interacciones, preguntas o dudas. Pienso que los alumnos muchas veces no logran escucharlo y no le siguen el paso, pues es probable que se distraigan pensando en otra cosa, al no haber interacción entre maestro y alumnos. Poco a poco observo distracción y muestras de aburrimiento en ellos. El profesor

establece relaciones asimétricas con sus alumnos, donde es él quien dicta clases, mientras que el alumno es pasivo. El Dr. Castillo no invita a que los alumnos se le acerquen, es distante emocionalmente y la enseñanza es despersonalizada; sin embargo, no es un docente autoritario, ni represivo ya que no impone controles injustificados ni acciones arbitrarias de disciplina.

Eschuchándolo, me pregunto: ¿cómo es que los alumnos imaginan a esas mujeres que el maestro está describiendo? ¿Las pueden imaginar como personas o son solo entidades patológicas? ¿Ya habrán estado en la realidad en contacto con mujeres con estos diagnósticos? Observo a los alumnos y la mayoría se ven cansados, aburridos y pasivos. Muchos de ellos están bostezando, por lo que me pregunto también cómo aguantan tantas letras y palabras sin imágenes...

A medida que el profesor expone el tema y los alumnos únicamente escuchan, observo como “la paciente” toma un lugar en la construcción del cuadro clínico, observo como la “mujer” se convierte en un caso clínico y pienso que nuevamente como en otras clases se le despoja de todas sus cualidades de persona para convertirse en un grupo estadístico de posibles casos, clasificados por edad, por probabilidades de patologías, por número de hijos, por su residencia y alimentación, incluso por la raza. Todos estos aspectos ayudan a “sospechar” un diagnóstico y describir sus patologías. Eso me hace pensar ¿en qué momento de la vida del estudiante se empieza a pensar en patologías y no en personas/mujeres, como en este caso? Este profesor promueve la despersonalización de los pacientes al no referirse a casos con cara y apariencia a diferencia de la clase del Dr Alonso. Sus actitudes y trato con los y las alumnas enseñan además la distancia emocional que siempre acompaña la despersonalización.

El comportamiento de los alumnos frente al profesor es de respeto a la jerarquía. Desde el momento en el que él aparece en el salón los alumnos guardan silencio y no se comunican entre ellos. Llama mi atención que ellos no preguntan prácticamente nada, aun si no me queda claro si esto se da porque no hay tiempo de hacerlo o porque el maestro no permite ese acercamiento. Un abordaje despersonalizado de la clase, estaría enviando el mensaje de que para ser médico es necesario únicamente saber de medicina, dominar los conocimientos técnicos y saber aplicarlos de manera competente. La relación con las pacientes es distante y desapegada emocionalmente.

El profesor estructurado ó estricto

El Doctor Torres es un hombre de más de 60 años originario de la Mixteca oaxaqueña, no estudió en Oaxaca, sino en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. En la entrevista, me contó que su abuelo decía que era bueno tener en la familia un cura, un licenciado y un médico que fue la carrera que finalmente escogió él. Tiene 29 años de docencia y 30 años de ejercer como médico internista en el Valdivieso. En la Fac. Med. UABJO enseña Clínica propedéutica a estudiantes del tercer año. Su clase está muy centrada en la clínica "la clínica no cambia", me comenta, al igual que me cuenta que se ha aprendido textos de clínica de memoria. Al hacer una comparación entre los estudiantes de antes y los estudiantes de ahora, remarca que antaño los estudiantes nunca le faltaban el respeto a un profesor mayor y que tenían más disciplina sin tantos distractores; a los de ahora "no les cae el veinte" y pueden hablarle "de tu a tu a sus profesores". Al preguntarle sobre las mujeres estudiantes de medicina concede sin titubeos que "son más responsables y maduras" que sus pares varones. Finalmente, al preguntarle sobre las jerarquías y la disciplina en la formación y el ejercicio de la medicina, me contesta que "el clero, el ejército, y la medicina son las actividades más jerárquicas" y que las jerarquías sirven para poner orden, ya que, si no hubiera eso, "la práctica en las instituciones serían un relajo".

Este día llego antes que él y me siento en las mesas traseras. Observo que hay aproximadamente 15 alumnos de los cuales 12 son mujeres. Entra el Dr Torres quien es un hombre de cabello cano, estatura baja, complexión robusta y piel morena. Su manera de hablar parece ser cordial, en cuanto entra al salón los y las alumnas callan. Este doctor es serio, en ocasiones sonríe, se dirige a los alumnos como "niños". Al inicio de la clase les pregunta qué vieron en la clase anterior. Me parece que estos alumnos responden más al ser cuestionados, pero como si estuvieran más entrenados en cómo hay que comportarse en clase. También aparentan ser menos espontáneos que los alumnos del Dr Alonso.

Esta clase trata sobre las posturas clínicas o posturas médicas durante la exploración. Las alumnas escuchan y anotan prácticamente todo, aunque hay quienes únicamente ponen atención u observan lo que el profesor les está explicando.

Es una clase donde se aprende mucho de cómo "debe actuar" un médico, "siempre hay que pararse de lado derecho del paciente", dice el doctor. Utiliza a menudo frases como "él que no mete el dedo, mete la pata", al hablar sobre la importancia del tacto rectal, por ejemplo. Le da mucha importancia al interrogatorio o como él le dice "anamnesis o hipótesis temprana" que da el 80% del diagnóstico; hace mucho énfasis en que las mayores herramientas que tiene un médico son su cerebro y sus manos.

Revisaremos ahora el inicio de la historia clínica, que es el "habitus exterior". El Dr. Torres pasa a Laura, una de las alumnas, al frente y expone: "la letanía empieza así: se trata de paciente femenino de edad aparente similar a la biológica". Observo cómo el doctor inicia diciendo: "un médico siempre ve así, se tienen que ir acostumbrando a ver y entender lo que están viendo" y les habla sobre los aspectos que deben aprender a observar siempre que se revise a un paciente: la forma, el tamaño, el volumen, la coloración, el estado de la superficie. Entonces le pide a Dinora, otra alumna, que haga la "ficha de identificación de Laura", ella la observa y con voz temblorosa le responde frente a los demás haciendo un intento de iniciar la "letanía" como le diría el doctor: "Se trata de paciente femenino de edad aparente similar a la referida...", recita. En este momento pienso sobre la importancia que tiene para el doctor alentar a sus alumnos a que se aprendan de memoria esa frase,

como si fuera un conjuro o algo así, como parte del lenguaje médico que tienen que dominar para pertenecer al gremio, parte del idioma verbal y corporal también.

El Dr Torres sigue enseñando sobre la importancia de describir o inspeccionar a un paciente, escucho y pienso a la vez que hay ideas preconcebidas que se aprenden aquí como por ejemplo: que “a las mujercitas les afecta mucho la edad”, y que “una mujercita es más delicada y cuidadosa con su aspecto”.

Continúa hablando sobre cómo observar (ya no sé si como médico o abiertamente expresando juicios a priori), y dice que para saber la edad exacta de los pacientes o para detectar si están dando una edad incorrecta, existe el aforismo “ el diente miente, las canas engañan, la arruga desengaña y el pelo de la oreja ni duda deja”.

La manera del doctor Torres de dirigirse a los alumnos es unidireccional. Las y los alumnos participan muy poco, a diferencia del grupo del Dr Alonso en donde observo que hay mayor libertad de interacción entre ellos y con el profesor. Continúa enseñando lo que se debe observar en un adulto mayor, y enumera términos médicos, diciéndoles a sus alumnas y alumnos: “ustedes son médicos, deben de ponerle un nombre adecuado al cambio de actitud corporal de los adultos mayores”. En esta frase siento como si uno aprendiera a hablar, actuar en otro idioma, y que ese idioma es vital para ser y parecer médico. (Diario de campo, clase de clínica ,diciembre de 2018)

El ejemplo anterior nos remite a la construcción de la mirada médica, un aspecto del saber médico que retomaremos en el siguiente capítulo. Aquí baste mencionar que nos deja ver el proceso por el cual se enseña a “no ver” ciertos aspectos de los pacientes a los alumnos. El hecho de centrar la mirada únicamente en aspectos relacionados al cuerpo del paciente, elimina la posibilidad de interactuar con los aspectos sociales que rodean al paciente. Me llama la atención que el Dr Torres no haga énfasis en los aspectos sociales, considerando que fue educado en la una facultad crítica y sensible a los determinantes sociales, como es la Escuela Superior de Medicina y pasó el tiempo de rotación del internado en Cuba. Posiblemente no lo haga porque esta sea la manera hegemónica de enseñar la mirada clínica a los alumnos.

Para las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO, el dr. Torres es el prototipo de un profesor estricto: un profesor que sabe transmitir sus conocimientos con experticia, que explica los temas de una manera clara, sencilla, no exagerada y sin pretender mostrar la imagen de un “sabelotodo”. No llega tarde a clases y sus exposiciones son bien preparadas. Contribuye a establecer una mejor relación con los alumnos, favorece el acercamiento intelectual, pero siempre manteniendo una distancia y sin perder el respeto de los y las alumnas. Logra motivarles a leer y estudiar de una manera más equilibrada, buscando generar un conocimiento y no nada más acumular información. Es seguro de sí, pone límites, es tal vez un poco distante pero sabe enseñar; o sea, los alumnos lo identifican como un buen profesor aunque tal vez algo tradicional en su estilo de enseñanza.

La definición de "estricto" según la Real Academia de la Lengua española es estrecho, ajustado enteramente a la necesidad o a la ley y que no admite interpretación. Sin embargo,

los alumnos interpretan a un maestro estricto de diversas formas, aun si generalmente, se centran en la disciplina y la exigencia, cuestiones que interpretan de manera positiva si el maestro sabe enseñarles.

Según Quinn (1987), citado por Watkinsy Wagner (1989), la disciplina es instrucción que moldea, forma, corrige e inspira el comportamiento apropiado. Woolfolk (2001) expresa que la disciplina en el aula se traduce y materializa en técnicas empleadas para mantener un ambiente adecuado para el aprendizaje, relativamente libre de problemas de conducta. La disciplina se puede definir entonces como el establecimiento de normas y límites para realizar un trabajo eficiente en el aula, que debe ser abordado desde el enfoque multicausal. Para García y otros (1994), a la disciplina se le pueden asignar tres funciones: el establecimiento de formas de organización en los espacios educativos; las normas en el proceso de socialización y el aprendizaje del educando y la formación de valores morales y de la conciencia humana.

De alguna manera, hay estudiantes que coinciden con estas múltiples definiciones de la disciplina en su valoración y aprecio de las formas de ser y enseñar de algunos de sus profesores. Diana, una alumna de tercer año, valora no sólo los conocimientos que el docente tiene en su materia sino, y sobre todo su habilidad para enseñar, que debe de incluir, de manera central, el poder apoyar a los estudiantes a entender lo que están tratando de aprender y aclararles dudas. El ser estricto o llevar la clase con disciplina se vuelve totalmente aceptable para ella siempre y cuando el docente cumpla con esas habilidades que ella identifica como centrales para ser un buen maestro. En realidad, Diana define “estricto” como "disciplina":

Puntualidad, que tome asistencia, que... no sé, por ejemplo hay ciertos doctores que exigen completamente [vestirse] de blanco, o cosas así, pues ¿no? Que, en cuanto a disciplina, pues yo no tendría ninguna objeción a que fuera un doctor así, pero que nos pudiera enseñar. (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

En los siguientes testimonios se puede ver que posiblemente la trayectoria escolar de la mayoría de los estudiantes, les ha enseñado a considerar adecuado, e incluso me parece que necesario, que los profesores les exijan estudiar.

Un profesor estricto es él que pide de nosotros. Que diga: bueno para mañana quiero esto y lo lees, y te lo aprendes y así, eh, creo que eso es estricto. La mayoría de mis maestros, eh, pues dan la clase y pues si leíste le entendiste, y si no lo leíste ya, no lo entendiste y ya. O sea cómo que no hay seguimiento, pues de qué vas entendiendo tú sino que ellos dan y no hay retroalimentación. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

Un maestro es estricto cuando mete presión nada más, realmente, porque si yo estudiara a mi manera me tardo unos diez años en la carrera. (Abraham, 22 años, alumno de tercer año, entrevista.)

Un maestro estricto es el que para empezar te pregunta de lo que estudiaste , siempre, todos los días. Y, por lo mismo que él te da bien sus clases, te exige que tú sepas el tema que vamos a ver. Y sí, eso yo considero que es un maestro estricto, en el buen sentido de la palabra (Natalia, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Para las y los estudiantes de medicina, un profesor estricto es aquél que se compromete con la docencia.

Que todos acaten las reglas, que tengan los mismos, parámetros para evaluar como para la convivencia. Es como me gusta esa rigidez, que los maestros igual tengan siempre pues constancia, por así decirlo. Aquí, por ejemplo en la UABJO no me gusta que los maestros falten a cada rato o que digan “ah, pues es a tal hora la clase” y llegan a deshoras o sólo llegan a dar 10 minutos de clase y ya dicen “ah, pues ahí después vemos qué hacemos” para cómo emparejarnos. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

El profesor estricto ó estructurado es aquél que cumple el compromiso de enseñarles a sus alumnos; es el maestro que exige y que es congruente y coherente con las exigencias que les requiere a los alumnos. Es el maestro que hace estudiar pero que también otorga, le dedica tiempo y energías a sus clases. Es quien no solo da su tema, sino que investiga y comprueba que los alumnos entendieron lo explicado.

A partir del segundo año de la carrera de Medicina, los alumnos tienen la posibilidad de escoger su grupo, dependiendo de su afinidad por los maestros. En este punto, los alumnos ejercen su agencia para escoger dependiendo de sus aspiraciones personales, pues un grupo con profesores "estrictos" no siempre asegura los mejores promedios, los cuales son imprescindibles para alcanzar sus metas profesionales a futuro.

En algunas ocasiones, los alumnos se refieren a un profesor estricto como aquél que pone énfasis en la obligatoriedad del uniforme blanco.

Era muy estricto, nos quería a todos de blanco. Todos bien planchaditos. Todos... la corbatita bien... fajada. La camisa bien fajada. Todos, todos, bien peinadito. Nada de cabello largo, nada de esas cosas. Me tuve que quitar los piercing que tenía para entrar a clase. (Mario, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Ante la cantidad de conocimiento biomédico que los planes de estudio marcan, los alumnos prefieren tener un profesor que maneje su curso y los alumnos con disciplina, pues es necesario para ellos tener la pauta de lo que es adecuado aprender. Además este estilo refuerza algunas de las aspiraciones e ideales de la biomedicina tales como la responsabilidad, y la disciplina. Cabe mencionar que para algunos alumnos la disciplina resulta necesaria en la carrera, es posible que se deba a que sea necesaria para completar el contenido académico de la carrera, aunque también habla de que los alumnos reconocen la falta de métodos de estudio que les permitan ser autodidactas.

A través de su estilo de enseñanza, el profesor estricto refleja que le da mayor valor el conocimiento técnico de la biomedicina y deja en un segundo plano la importancia de las relaciones interpersonales dentro de la construcción del ser médico. Al dedicarle tiempo a las evaluaciones constantes de sus alumnos, constriñe la importancia de ser médico en poseer centralmente el conocimiento técnico para ejercer la carrera.

El profesor no estructurado ó “barco”

El maestro de bioquímica empieza a hablar del tema de hoy: el anabolismo, el metabolismo y el catabolismo, garabateando en el pizarrón blanco con un plumón que les pide a unas alumnas que están adelante (las cuales, creo que son las encargadas de cargar los plumones y el borrador). Manifiesta que va a dar una introducción a todos los temas hablando sobre cómo se obtiene la energía del cuerpo y como los ciclos de la glucosa se completan hasta dar 2 ATP (2 moléculas de Adenosin Trifosfato, moléculas con funciones energéticas , esenciales para el funcionamiento celular en general). Cuando pregunta ¿qué significa “anabolismo”?, entonces veo como algunos alumnos en la parte trasera del salón e incluso aquí adelante toman sus celulares y buscan en google lo que puede significar. El doctor dice: “a ver los sabios de google, ¡díganme que significa!” Poco a poco todos van contestando lo que sale de Wikipedia, el maestro comenta que ya les aclaró que Wikipedia no es confiable, pero les permite seguir consultando y respondiendo a partir de esa fuente.

De pronto se acerca una alumna a la puerta y entra al salón cargando un pequeño molde transparente con jícama y zanahoria rallada casi rebosante, con chile. Se lo entrega al doctor, que interrumpe la clase para decir que acaba de salir del Seguro Social y que no le dio tiempo de comer y dio clase de tres de la tarde a los alumnos de quinto año. Entre bocados a su coctel de verduras continua explicando que ahora su propio cuerpo por el ayuno estaba en estado de anabolismo fabricando su propia glucosa en el hígado. Continúa pidiendo el significado de “metabolismo”, ahora se dirige específicamente a Mayra, que es una alumna sentada junto a mí. Observo que el doctor tiene mucha interrelación con Mayra, prácticamente espera que le responda todo porque “ella sí sabe”, dice: “ella viene del CBtis, la mejor escuela, y por eso sabe raíces grecolatinas”. Existe una representación social de que el CBtis es uno de los mejores bachilleratos públicos para estudiar posteriormente medicina. Entonces, mientras habla del ciclo de Krebs y del ciclo de Cori, que son ciclos de reacciones metabólicas para la obtención de energía por las células, escribe algunos garabatos poco comprensibles en el pizarrón, mientras habla sobre sí mismo, sobre su vida. Miren: “la doctora me conoce desde hace muchos años, o no doctora?” (refiriéndose a mí y observándome mucho mientras lo comenta). Y continúa: “yo estudié en el Instituto Luis Pasteurr ”, (pronunciándolo tal cual se escribe) "para los incultos, Luis Pasteurr, porque si no, dijera yo 'Louis Pasteur' (pronunciándolo con acento francés) y no me entendería casi nadie”.

El maestro continúa hablando sobre el Acido láctico, los ATPS y la glucosa y ahora comenta que él ha vivido fuera del país por largos períodos de tiempo, “después estuve en Montreal”, dice. Continúa explicando la clase. En ese momento observo a los alumnos y alumnas de la parte de atrás del salón, la mayoría se ha quitado el suéter, en el salón se siente calor. Las sillas se encuentran repletas y hay más alumnas que alumnos en este salón. No sé si es por la hora (cuatro y media de la tarde) o por estar muy amontonados pero hay algunos alumnos que cabecean, incluso duermen. Aunque el doctor les habla siempre en un tono de voz muy fuerte, siento que la risa que ocasionan sus comentarios es también una respuesta del grupo al sentirse tal vez agredidos, señalados por no saber francés o por lo menos desmotivados, por no sentirse tomados en serio como estudiantes.

Continúa explicando ahora sobre el número de ATP que da el ciclo de Krebs y le dice a Mayra: “Anótalo, es pregunta de exámen, siempre viene esa pregunta ¿verdad doctora?”, viéndome a mí. Por lo que veo, Mayra es la que va anotando lo que él promete que vendrá como pregunta de examen de las cosas que va diciendo en clase (Dr. Estudillo, 20 de Enero de 2019, clase de Bioquímica).

Un profesor que no es "estricto", es considerado generalmente "barco" por los alumnos: aquél que no cubre el contenido temático que se encuentra en el plan de estudios de la carrera, o aquel que da calificaciones altas sin que los estudiantes hayan respondido con trabajos o exámenes de calidad, o sin exigirles que asistan a clase. Para las y los alumnos, un profesor "barco" es aquél que la mayor parte del tiempo califica de manera aprobatoria a sus alumnos, incluso cuando estos no asisten a clases. Este es el caso del profesor Estudillo, el cual no solo revela cuáles preguntas vendrán en el examen, sino que lo hace con una cierta actitud pedante de desdén y menosprecio, ya que considera que la gran mayoría de los y las alumnas que están tomando su curso son incultos y poco preparados y se los hace notar las veces que pueda.

Muchos se quedan por bioquímica y deciden repetir con él porque sinceramente tiene fama como de que, su clase es, pues él te va a poner una buena calificación, aunque no los vea. No, no es estricto. La verdad sí enseña muy bien, porque me consta que he visto, al menos para las clases que yo fui, que sí sabe dar su clase pero pues como los chavos desde el principio saben que sí van a tener una buena calificación aunque no le pongan atención, no le ponen atención. (Antonio, 22 años, alumno de tercer año, entrevista).

Los estudiantes se refieren a un profesor como "barco" cuando se trata de alguien que muestra poco compromiso como docente y no asiste a clases o llega sistemáticamente tarde.

Decir que un profesor es "barco" se trata del compromiso hacia su carrera o hacia los alumnos, o sea porque ahí se ve claramente que llega nada más a dar veinte minutos de clase, pues se ve que no tiene compromiso con los alumnos. Entonces ¿qué hace ahí como maestro, si no le interesa? (Ramiro, 18 años estudiante de primer año, entrevista.)

Y todo el primer parcial, se puede decir, hasta el primer departamental nunca se apareció. Bueno, sí se apareció en unas tres o cuatro ocasiones, pero muchas veces le mandábamos mensajes "¿doctor, va a haber clase?" Y él decía "sí, me esperan"; este... "llevo un poco de retraso" y ya al final decía "no, ya no los puedo ver". Pero nosotros nos presionábamos a estudiar porque sabíamos que teníamos que cumplir con el departamental; y cuando teníamos una duda, pues nos juntábamos como un grupo porque nada más éramos la mitad del grupo, para compartir pues, lo que pudiéramos haber entendido algunos, y otros quizá no. (Antonio, 22 años, alumno de tercer año, entrevista).

Muchas veces, los profesores "barco" son escogidos por los estudiantes porque con ellos se obtienen mejores calificaciones de manera más fácil y/o los escogen porque les permite conservar un promedio alto a lo largo de la carrera. Sin embargo, hay alumnos que cuestionan estas estrategias y critican a estos profesores:

Yo este año consideré porque dije: bueno, tal vez los doctores que tomo ahorita sí son de hacer exámenes y lo que saques se promedia entre los tres, cuatro exámenes y es tu promedio, pues ¿no? No [se consideran en la calificación] ayuda de participación, asistencia, nada, y está bien. Yo dije que valía más la pena el tomar la clase y aprender aunque, tal vez pues si estudiaba más pudiera subir la calificación, o no. O no me garantizara una muy buena calificación, pero que pudiera aprender. Entonces yo siento que, sí; bueno, yo preferiría un doctor que fuera justo al calificar pero que me enseñara, a un doctor que pudiera regalar

calificaciones o ayudar, o dar puntos, y demás, pero que no aprendiera mucho de él. (Marisol, 21 años, alumna de tercer año, entrevista).

¿Qué actitudes e ideología se pueden recuperar de profesores que no exigen, "regalan" calificaciones, llegan tarde o de plano cancelan clases, al mismo tiempo que subvaloran y menosprecian a sus alumnos, como los que ejemplifiqué en los párrafos anteriores? La falta de seriedad y el desdén que este profesor muestra a sus alumnos están marcados por su pedantería y altanería, dejando en claro en las actitudes, gestos y palabras del profesor qué es lo que vale y que es lo que no. Estos alumnos no merecen una inversión de su tiempo, ni menos, su dedicación de maestro. De alguna manera, su desinterés es una forma de enseñar el capital cultural que él posee por sus estudios, viajes y conocimientos, mientras que los y las alumnas--o por lo menos la gran mayoría de ellos--no poseen ese capital cultural, ni lo van a poseer un día en el futuro (Bourdieu, 1986). Con lo anterior, este profesor reproduce claras jerarquías asimétricas de distinción y de gusto, al mismo tiempo que "regala" calificaciones con suficiencia, remarcando en este gesto su sentido de superioridad.

Seguramente a través de su modelaje, este maestro no enseña el sentido de la responsabilidad, mientras que sí, deja en claro que hay personas y educaciones que valen más que otras y que la distinción de clase es importante. Como estas enseñanzas informales se traslapan al plano del ejercicio de la medicina, no queda del todo claro, pero podríamos sospechar que se puedan traducir en una reproducción de actitudes de desinterés, irresponsabilidad y hasta desdén hacia pacientes que el médico considere de un linaje inferior al suyo. Los alumnos y las alumnas no solo observan, sino son parte de estas interacciones y varios de ellos -no todos- muestran molestia. Si a través del modelaje y la socialización estas actitudes y comportamientos sean aprendidos, adaptados, refuncionalizados o, finalmente, rechazados por el estudiantado, es algo que está por verse.

Conclusiones

Las preguntas que guiaron la investigación y a las cuales se intenta dar respuesta en este, pero también en el siguiente capítulo son: ¿Cómo se construye el ser médico en la Fac. Med. UABJO con la mirada puesta en los profesores? ¿Cuáles son las ideologías que prevalecen en los procesos de enseñanza-aprendizaje desde el aula? ¿Qué y cómo enseñan los profesores en la Fac. Med. UABJO y a través de qué estilos pedagógicos? ¿Enseñan los profesores y aprenden los estudiantes de manera diversa según sus trayectorias biográficas personales y familiares, marcadas por el género y la clase social, entre otros? O se vive al contrario un proceso de homogenización hacia una identidad profesional común, aun en construcción,

que tiende a borrar estas características identitarias diferenciales entre estudiantes? y Si sí, ¿hasta qué punto?

Este capítulo en particular, describe y analiza la visión idealizada de la biomedicina que se promueve oficialmente en la Fac. Med. UABJO y que permea los planes de estudio y el contraste entre esa visión idealizada y la práctica de la docencia en la realidad, en el juego ambivalente y algo contradictorio entre *curriculum* explícito y *curriculum* oculto o informal y enfocándose en lo que se define más adelante como "ser médico".

Por medio de los diversos estilos pedagógicos, la socialización y el modelaje, los profesores de la Fac. Med. UABJO ayudan a la construcción del "ser médico" en las y los alumnos a través del *curriculum* informal o el *curriculum* oculto, resaltando así la importancia de quién es el profesor, ya que no es valorado por sus alumnos únicamente por sus conocimientos biomédicos, sino por la forma de transmitirlos, así como la forma en la que se convierten o no, en modelos a seguir.

Los diferentes estilos pedagógicos contribuyen a construir la identidad profesional de los alumnos de medicina de la UABJO y finalmente el ser médico, ya que al estar involucrados en relaciones interpersonales de distinto tipo con diferentes profesores, las y los alumnos están expuestos al posible rescate de los valores que cada uno de los profesores resalte durante el proceso de enseñanza-aprendizaje y en la socialización informal. Sin embargo, finalmente serán los y las alumnas que deciden si, cómo y hasta qué punto incorporan esos valores en la construcción de su propio ser médicos. Este punto se retomará más adelante y desde la perspectiva de los mismos estudiantes en el capítulo cuatro.

Capítulo 3

"La medicina se aprende como si estuviéramos viendo el motor de un carro": la construcción del saber médico en la Fac. Med. UABJO

Introducción

A través de los procesos de enseñanza-aprendizaje, el saber médico en la UABJO se construye enfocándose en la teoría mecanicista y biologicista, en donde lo primordial es conocer la causa de las enfermedades dando relevancia al origen de los signos y síntomas para poder hacer diagnósticos certeros y acceder al tratamiento de las enfermedades. Para este enfoque no es importante quién tenga el síntoma, sino ver al cuerpo objetivado como máquina, como conjunto de órganos, partes o elementos que se pueden estudiar de manera separada para poder entender cuándo funcionan bien y cuándo disfuncionan; así es como surge la patología. Además de esta mirada hacia el cuerpo y la enfermedad, hay otras miradas médicas que se construyen en los años de formación, acompañadas por la lenta adquisición y apropiación de un lenguaje técnico que es exclusivo de este campo del saber.

Como vimos en el capítulo anterior, la transmisión de los saberes médicos se da a través de estilos pedagógicos que son diferenciados entre los profesores y que pasan a través de la promoción de *curricula* ocultas que también presentan no solo rasgos comunes, sino también algunos que son divergentes entre sí. A diferencia del "ser médico", sin embargo, el "saber médico" tiende a construirse como un campo disciplinario del saber relativamente homogéneo y uniforme; por ejemplo, en los contenidos de las materias y el orden en que se enseñan.

Más allá de las materias, hay orientaciones subyacentes acerca de la biomedicina que se transmiten en la educación médica de manera bastante generalizada y es hacia ellas que se enfoca la primera parte de este capítulo titulada "Los enfoques". La segunda parte--"los aprendizajes"-- se dirige hacia ciertas herramientas que podríamos definir más bien como "técnicas". Es a través de estos recorridos, que se abordará la construcción del "saber médico" en la Fac. Med. UABJO desde la perspectiva de los docentes.

Por medio del análisis de los audios recuperados de la observación de las clases, así como a través de algunas entrevistas a catedráticos, se accederá a esos saberes que la biomedicina construye hacia el enfermo, el cuerpo humano, las patologías y los diagnósticos clínicos. En particular, se profundizará en la conceptualización del cuerpo como un conjunto de órganos, la visión bióloga de la biomedicina, la separación entre cuerpo y persona y la objetivación del primero, la especificidad de la mirada clínica, el aprendizaje del lenguaje técnico de la biomedicina y la construcción del diagnóstico médico en la Fac. Med. UABJO.

Se trata de dimensiones de la biomedicina que están profundamente entrelazadas entre sí en su orientación, práctica clínica y enseñanza, por lo que su presentación en apartados separados responde exclusivamente a una necesidad de orden analítico. Es además importante recalcar que estas dimensiones no son peculiares a esta facultad, sino son rasgos comunes en la formación biomédica en todas las instituciones formales de enseñanza de la disciplina en México, así como en otras latitudes. Aun así, son enseñanzas importantes que los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO aprenden y absorben en el proceso de su formación y que constituyen lo que podemos conceptualizar como "saber médico" hegemónico; siendo un campo de conocimientos que incluye, pero al mismo tiempo trasciende, el contenido técnico de cada materia de estudio que contempla la facultad.

Los enfoques

De manera parecida a cómo se enseña la medicina en las facultades y escuelas de medicina de todo el país, la perspectiva biomédica es la que prevalece hegemónicamente en la Fac. Med. UABJO, excluyendo de los procesos y contenidos de aprendizaje los otros saberes médicos así como otras formas de concebir al ser humano, el cuerpo, la enfermedad, la etiología y el diagnóstico y el tratamiento terapéutico.

En la facultad, se construye el saber médico a partir de una visión mecanicista del cuerpo, una visión bióloga e individualizante de la enfermedad, y una visión objetivante y despersonalizante del enfermo: visiones que permean las diferentes materias a lo largo de la carrera.

La visión mecanicista del cuerpo: la clase de anatomía

Las materias tales como anatomía, histología, fisiología y bioquímica se encargan de proveer un panorama general o contextual inicial, para poder subsecuentemente localizar las enfermedades desde la perspectiva macro hasta la microanatómica y microfisiológica. La educación médica en el *currículum* explícito de la Fac. Med. UABJO comienza con las materias anteriormente nombradas; es decir, como en otras facultades de Medicina, comienza con “la entrada al cuerpo humano”.

El proceso de aprendizaje que implica la "entrada al cuerpo humano la describe de manera magistral Good ([1994] 2003), refiriéndose a esta experiencia en la facultad de medicina de la Universidad de Harvard en Estados Unidos:

Visto a través del microscopio, observado físicamente en el laboratorio [de Anatomía] a nivel orgánico, examinado con asombrosa claridad por medio de la moderna tecnología radiológica o presentados por científicos, el cuerpo aparece como un conjunto de infinitos detalles jerarquizados. Los estudiantes inician un proceso de familiarización con el cuerpo, tratando de entender su organización y estructura tridimensionalmente, examinando los tejidos tanto a nivel orgánico como a nivel molecular. Los estudiantes son como geógrafos cuya exploración va desde los principales "accidentes del terreno" al detalle de la microecología... Dentro del mundo vital de la medicina, el cuerpo se reconstruye como un cuerpo médico, muy distinto de los cuerpos con los cuales nos interrelacionamos en la vida cotidiana, y la familiarización con el cuerpo refleja una perspectiva específica, una organizada serie de percepciones y de respuestas emocionales que afloran con la emergencia del cuerpo como un ámbito de conocimiento médico. El laboratorio de anatomía es un ámbito fundamental. Es un espacio ritual en el que el cuerpo humano se abre a la exploración y al aprendizaje, en el que los sujetos de este aprendizaje afrontan la remodelación de su mundo de experiencia ([1994]2003:141-142).

Durante las observaciones que realicé en mi trabajo de campo, tuve la oportunidad de asistir a varias clases de anatomía humana. Al escuchar los profesores me fue inevitable recordar que había estado presenciando la exposición del mismo tema 20 años antes en mi primer semestre de la carrera de medicina. Constantemente tuve la sensación de que las palabras que se decían en clase las había memorizado hace muchos años y que algunas jamás las había tenido que usar en mi carrera profesional durante la práctica clínica, en cirugías o consultas.

Mientras observaba la cantidad de nombres que giran alrededor del estudio de un solo órgano, como por ejemplo del hígado, reflexionaba en cómo la medicina llegó a enseñarse así, ¿de qué manera se puede fraccionar el cuerpo humano hasta que se resume en partes mínimas para su estudio? En este caso, ¿de qué manera las clases se pueden reducir a hablar por horas de “un hígado”, sin mencionar que ese hígado es de una persona? En las clases de anatomía que se imparten en el primer año de medicina no se habla de personas enfermas, se habla siempre y solo de órganos, sanos o enfermos.

Mientras el profesor de anatomía exponía sobre el “segmento de Couinaud” del hígado¹⁵, mi cabeza no dejaba de pensar en imágenes del hígado que se me han cruzado delante de mis ojos como médica en otros escenarios, por ejemplo durante las cirugías; por ejemplo, la relación del hígado con los traumatismos cerrados de abdomen o las heridas por arma punzocortante, cuando, siendo residente de cirugía, entramos una infinidad de veces a operar a un paciente porque estaba desangrándose a causa de una herida en el hígado. En las clases de anatomía que observé, aun cuando los profesores se esforzaban por darles a los alumnos de vez en cuando alguna relación de los órganos con las enfermedades o con los traumatismos, la extensión del temario de anatomía es tanta que la explicación se pierde entre el mar de nombres técnicos que los alumnos deben memorizar.

Pensar anatómicamente conlleva diseccionar y aprender acerca del cuerpo humano hasta el más minúsculo detalle para poder, al mismo tiempo, entender cada una de sus funciones. En el *currículum* explícito de la Fac. Med. UABJO presente en el plan de estudios, persiste precisamente la idea de conocer el cuerpo humano desfragmentándolo a su mínima expresión, conociendo cada parte para entender el funcionamiento de cada conjunto en que está separado analíticamente el cuerpo. Así lo expresa el profesor Ernesto, catedrático de la materia de anatomía:

“Creo que la Medicina se estudia como si estuviéramos viendo el motor de un carro”
(Ernesto, profesor de anatomía, primer semestre, entrevista).

Para Good ([1994] 2003), la manera como se enseña en medicina, se liga con aprender el orden jerárquico natural de la biología. Al ver primero anatomía, histología, fisiología y bioquímica y sólo al final al enfermo, el mensaje es claro: hay mundos dentro de mundos, cada uno sometido por el otro. Los procesos de las enfermedades pueden ser trazados desde la apariencia superficial hasta los niveles más profundos, más básicos. Esta jerarquía natural se replica en el orden implícito de enseñar cada materia, como si se tratara de planos topográficos de distinta escala, desde lo más general hasta lo más más micro y detallado. Así lo refiere este autor:

Yo reparé enseguida en que, en las clases de ciencias básicas, las diapositivas--no es posible dar una clase de medicina sin diapositivas--suelen seguir un patrón predecible. Una transparencia que muestra la epidemiología de una enfermedad, será seguida por una transparencia clínica del paciente y ésta por un ejemplar patológico. Luego, a una diapositiva de la estructura de una célula poco ampliada seguirá una micrografía electrónica y a partir de este nivel, suelen mostrarse diagramas de estructuras moleculares y de representación

¹⁵ Para su estudio anatómico, el hígado se divide en segmentos.

genética... Cada nivel revela la estructura mínima esencial del orden inmediatamente superior ([1994] 2003:147).

Como en muchas otras universidades, la materia de anatomía en la Fac. Med. UABJO se aprende tomando como base un texto que contiene muchas ilustraciones. En el estudio de cada órgano lo más importante es su localización, en relación a ciertos planos de división del cuerpo o líneas establecidas, por ejemplo: la línea media clavicular (eje vertical) y el plano transpilórico (eje horizontal), como lo explica en una clase el maestro a estudiantes que, hay que recordar, son de nuevo ingreso y están en su primer semestre:

El páncreas es el otro órgano que se encuentra en una posición posterior al peritoneo, por eso se llama, retroperitoneal. Se va a localizar sobre un plano que pasa sobre L1 (vértebra lumbar 1) que se denomina plano transpilórico. (Dr. Ernesto, clase de Anatomía, transcripción).

El cuerpo humano se divide también en compartimentos para su estudio, y estos compartimentos a su vez se subdividen. Un ejemplo claro es la subdivisión abdominal en peritoneo y retroperitoneo. Muchas veces, esta imagen se puede obtener claramente observando detenidamente la ilustración de un libro anatómico, o durante la disección en el anfiteatro.

En clase, sin embargo, observé también que se recurre a metáforas discursivas de la vida común para poder ejemplificar cómo los órganos abdominales están envueltos en una membrana y dentro de esta membrana hay otra. El profesor de anatomía explica, por ejemplo, que por dentro los seres humanos estamos separados en varias “bolsas para que no se revuelvan las cosas”. Para ejemplificar la subdivisión de la cavidad abdominal (o sea todos los órganos que hay en el abdomen) se apoya como ejemplo en el relato de cómo al ir al mercado a comprar nuestros alimentos, cargamos una bolsa que contiene otras bolsas en su interior, para que el contenido “no se revuelva”. Esta concesión al lenguaje lego es seguramente una traducción que este profesor percibe todavía necesaria con estudiantes que apenas están sumergiéndose en esta nueva manera de ver y entender el mundo gnoseológico del cuerpo humano.

Actualmente el enfoque del estudio de la anatomía en la Fac. Med. UABJO corresponde a una anatomía topográfica más que la descriptiva; es decir, se hace más énfasis en la localización de las estructuras que en su descripción exhaustiva. Así lo describe el catedrático:

Anteriormente, cuando nosotros aprendíamos anatomía del cráneo, estudiábamos, por ejemplo, nada más por ejemplo el hueso frontal. Y teníamos que ver todos los detalles óseos, sólo del hueso frontal. Después veíamos el hueso parietal y sólo los detalles óseos, del hueso parietal. Entonces, actualmente, ya no es... ya no tenemos esa misma, eh, dinámica de estudiar

anatomía del cráneo, sino que ahora lo vamos a estudiar en conjunto. Vamos a estudiar el cráneo desde la perspectiva de una vista anterior, lateral, superior, inferior, base del cráneo. Y cómo se van articulando cada uno de estos huesos. (Dr. Ernesto, clase de Anatomía, transcripción).

La localización de las estructuras se relaciona con la función que éstas tienen, de ahí que el último punto de la explicación se dirija al tratamiento de una posible lesión del órgano. Volvemos a observar aquí la visión mecanicista, primero la descripción de la función y después el estudio de la causa y efecto del mal funcionamiento.

La idea básica del paradigma mecanicista y que le da su nombre es la de “mecanismo”. Bajo esta premisa, el mundo es concebido como un mecanismo autocontenido cuyo desempeño está completamente determinado por su estructura interna. Como un reloj herméticamente cerrado donde los efectos son determinados por sus causas. A este modo de razonamiento también se le denomina determinista (Ackoff, 1973), ya que la causa del comportamiento observado está determinada por su estructura interna.

Sí, si las membranas están ya rotas, es un aborto inevitable. Ya no se va a poder evitar el aborto, ya se rompieron las membranas. Ya ustedes ven la, ahí la cabeza del bebé sin membranas, o en un lugarcito, o lo que sea, es aborto inevitable. Aborto inminente, cuando están, abombadas las membranas y partes fetales protruyendo a través del canal cervical. O inclusive a veces ya está la mitad del saco gestacional casi fuera, ya no podemos hacer absolutamente nada. Esta paciente, amerita hospitalización. (Dr. Castillo, clase de ginecología).

La hipótesis mecanicista del mundo (Torres, 2014), examina las categorías de procesos que ocurren a lo largo del tiempo y supone que cada cosa en la naturaleza tiene una causa y que en cada caso la causa precede al efecto. Cuando la hipótesis mecanicista es aplicada al campo de la salud, la enfermedad y la medicina, pueden emerger de nuevo hipótesis específicas. Por ejemplo, se supone que causas aisladas causan enfermedades aisladas. Gérmenes y virus específicos son vistos como los causantes de enfermedades específicas y fármacos específicos son interpretados como capaces de producir la desaparición de desórdenes específicos.

La materia de la anatomía humana ha sido crucial en la promoción de la visión mecanicista del cuerpo en el estudio de la medicina, principalmente por la “visibilización del cuerpo” hecha posible precisamente a través de los estudios anatómicos sobre el cuerpo humano. El desarrollo del conocimiento anatómico no se consolidó verdaderamente sino hasta el siglo XVI, a través de la disección en cadáveres, culminando en la creación del libro de Vesalio *De humani corporis fabrica libri septem*, los siete libros de la estructura (o fábrica) del cuerpo humano (1542).

En la Fac. Med. UABJO, no sólo durante el primer año sino durante los años subsecuentes de la carrera, la construcción de un diagnóstico a través del método clínico tiene también como eje central el conocimiento, la estructura y el orden jerárquico anatómico de los órganos del cuerpo humano. Esto se puede observar en cómo lo explica el catedrático de la materia de clínica propedéutica:

Es que tienes que empezar a leer de afuera, hacia adentro. Primero tejidos blandos, cómo se ve la piel, cómo se ven los arcos costales. Los arcos costales en relación al otro están más abiertos, mira. Cuando están más abiertos quiere decir que está reteniendo más aire. Y están más claros que lo normal. Entonces... Cualquier enfermedad aguda que retenga aire en los pulmones, pudiera ser desde un... ataque agudo de asma, por ejemplo. (Dr. Alonso, Clase de Clínica Propedéutica, tercer año de la carrera de medicina, transcripción.)

Desde el punto de vista antropológico, como lo ha notado Le Breton (2002), reducir el cuerpo a simple artefacto mecánico, como un conjunto funcional o disfuncional de órganos, es vaciarlo de significación simbólica y de valor. El cuerpo queda convertido en simple agregado de tubos, palancas y engranajes como un mecanismo de relojería. Pero al perder su sentido y su valor de símbolo, pierde también su valor moral. Se convierte en una “cosa”, un simple objeto. Este proceso de conversión se retomará más adelante en el siguiente capítulo, al describir la experiencia iniciática de la disección del cadáver y el significado atribuido a la misma por parte los estudiantes en su primer año de carrera.

La visión biologista e individualizante de la enfermedad: las materias clínicas

Para Menéndez (2005) la biomedicina se basa en un modelo biologista de la enfermedad, dominado por una concepción que excluye de su mirada analítica toda patología, síntoma, diagnóstico o tratamiento que no esté centrado en el cuerpo biológico.

En la Fac. Med. UABJO la teoría biologista de la enfermedad inicia a transmitirse desde el primer año, en las materias pre-clínicas donde las patologías se ubican en un cuerpo anatómico y biológico:

Esta fascia cervical superficial, es la que va a delimitar, precisamente, todo eso, todos estos espacios, ¿no? Y entre bolsita y bolsita, vean, entre ésta y ésta, vamos a encontrar una serie de espacios, como estos que están aquí. La importancia de estos espacios, es que, algunos de estos espacios pueden llegar a comunicar, hasta el mediastino. Cuando hay procesos patológicos como un absceso profundo del cuello, en donde hay una infección que puede estar aquí, en el espacio, este, superficial de tejido celular subcutáneo, puede inclusive avanzar y atravesar esta fascia. Puede atravesar cualquiera de estas fascias que están envolviendo a los compartimientos. Y puede desplazarse material purulento hasta los espacios. Y si esta pus, abarca uno de estos espacios, que llega a comunicar hasta el (mediastino?), pues entonces tendremos mayores problemas, porque, ya el drenaje de este, líquido por dentro, se tendría que hacer a través de una toracotomía. Hay que abrir el esternón, o abrir, algún espacio de estos, para poder, este, drenar. Entonces, lo que vamos

a aprender es precisamente, la importancia de estos espacios. ¿Cuáles son los espacios, que sí llegan a comunicar (?)? (Dr Emanuel, clase de anatomía, primer año, transcripción).

El biologismo se vuelve particularmente notorio en la educación médica, al iniciar las clases de materias clínicas, como por ejemplo la de ginecología que es impartida en cuarto año. Es decir, no sólo se parte de la separación del cuerpo humano en sus órganos para su estudio, sino que ahí se enseñan principalmente los signos y síntomas relacionados al “mal funcionamiento” de ese órgano (o proceso fisiológico) y/o las causas biológicas de la patología. La persona que padece la enfermedad se vuelve invisible y además, irrelevante para los fines de la enseñanza. En el siguientes ejemplo, nótese cómo la descripción de la patología vaginal se hace sin mencionar nunca a la persona-mujer que la padece, mientras que la explicación etiológica se refiere solo y exclusivamente al agente patógeno biológico:

En las infecciones vaginales. Vaginal ¿de qué tipo? Es maloliente, ¿cuáles son las malolientes? ¿Qué hemos comentado? Las ocasionadas por *Gardnerella vaginalis*. ¿Qué, qué laboratorio pedirías? ¿Pedirías laboratorio? o con eso [el mal olor] tienes diagnóstico diferencial en ese momento? Tú lo podrías hacer... Por el olor. Agarran una, la secreción vaginal en una laminilla y le ponen dos gotas de hidróxido de potasio. Y al poner el hidróxido de potasio libera... las aminas. (Dr. Cruz, clase de ginecología, cuarto año, transcripción).

La invisibilización de la persona y de las causas más vivenciales subyacentes al surgir de la patología para centrarse exclusivamente en el fenómeno biológico se vuelve evidente en el siguiente fragmento extraído de una clase de ginecología donde el profesor estaba explicando cómo reconocer un aborto inevitable. Es interesante notar que lo que "amerita hospitalización" no es la mujer, sino el caso clínico, el proceso biológico.

El biologismo se enfoca en la descripción biológica del órgano y en la biocausalidad de la patología y en encontrar el “daño” y tratar de resarcirlo enfocando el tratamiento al restablecimiento de la función orgánica:

El saber médico reduce la enfermedad a signos y a diagnósticos construidos a través de indicadores casi exclusivamente biológicos, lo cual posibilita que tanto el enfermo como su enfermedad sean separados de sus relaciones sociales concretas... Es importante subrayar que el biologismo... posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas (Menéndez, 2005:11-12).

Menéndez sostiene que esta escisión profundamente reduccionista se vuelve posible gracias a la racionalidad a la que se auto-adscribe la biomedicina, como un campo del saber científico con la capacidad intrínseca de abstraerse y sustraerse de la realidad social en la que se genera y se inserta (2005). Como "ciencia", se concibe a sí misma--y así se enseña al personal médico

en formación--como si fuera un campo del conocimiento autónomo, externo y, finalmente, superior al contexto (*Idem*). Se parte, como nos recuerda Good (1994), de la premisa filosófica empirista que la ciencia y la biología existen y funcionan fuera de la cultura y lo social. Este médico y antropólogo concibe la medicina como una forma simbólica (al mismo tiempo, contextualizada socialmente) a través de la cual la realidad se formula y organiza en una manera diferente:

Una y otra vez, me ha sorprendido en el enorme poder que, en el seno de medicina, tiene la idea de que la enfermedad es básicamente, incluso exclusivamente, biológica. No es que se ignoren los aspectos relativos al comportamiento y la experiencia...(por lo menos por parte de los buenos clínicos), pero se tratan como aspectos independientes del verdadero objeto de la práctica médica (Good, [1994] 2003:139).

Es así cómo el proceso salud/enfermedad/atención se considera "patrimonio exclusivo del saber médico" (Menéndez, 2005:10) y se busca "imponer la existencia de una 'mirada' médica autónoma, profesional y científica" (*Ibidem*:11).

Para Menéndez (2005), un rasgo fundamental del biologismo es que posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas de la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades, cuando éstas ocurren en personas que son sujetos eminentemente sociales; por lo que otro rasgo que caracteriza a la biomedicina es su sesgo individualista, donde la enfermedad se concibe como un fenómeno que ocurre y concierne exclusivamente al individuo, aislado y separado de su entorno social.

En la enseñanza de la medicina en la Fac. Med. UABJO, me fue posible ver esta característica del biologismo con la exclusión de causas, consecuencias y circunstancias sociales de las personas enfermas, en las interacciones de campo clínico¹⁶ fuera del aula. El campo clínico es parte de las primeras exploraciones fuera de la escuela por parte de estudiantes de cuarto año, para pasar de la teoría que se enseña en clase a la observación de la práctica clínica en la realidad.

En un campo clínico al que acompañé a dos estudiantes de pregrado de la Fac. Med. UABJO, observé como un residente de primer año presentaba a su paciente: una mujer cuyo nombre era "Bertha" originaria del municipio de Tlacolula de Matamoros, quien presentó un aborto espontáneo durante la guardia nocturna, a la que posteriormente le realizaron un legrado por

¹⁶ Cabe aclarar que el campo clínico se diferencia del internado que los estudiantes realizan al terminar la parte escolarizada de la formación en unidades hospitalarias en el quinto año, rotando entre las cuatro especialidades fundamentales: la pediatría, la ginecobstetricia, la medicina interna y la cirugía. Durante el internado, los estudiantes aprenden haciendo, bajo la supervisión de residentes y médicos adscriptos. Los campos clínicos, por otro lado, siguen integrando la parte escolarizada de la carrera y se realizan con sus profesores de las materias, los cuales los llevan a observar las interacciones y prácticas clínicas con pacientes, pero en circunstancias donde los estudiantes solo observan y no pueden intervenir.

aspiración. El residente contó durante la entrega de guardia a los demás médicos adscritos, residentes y estudiantes, que la paciente “se encontraba muy triste y que parecía que tenía muchos problemas tanto económicos como familiares, de hecho éste era su segundo aborto espontáneo”. Contó también cómo la mujer se sentía disminuida por no cumplir la expectativa de su familia sobre su maternidad. Cuando el médico adscrito lo escuchó contando “tantos detalles” le pidió que “fuera al grano” y que únicamente le interesaba escuchar las condiciones clínicas actuales de la paciente para poder saber si se egresaba o seguía hospitalizada. Con prisa y severidad el adscrito le dijo al residente que lo demás “era puro chisme” y que no le interesaba.

Esta escena estaba siendo observada de cerca por los dos estudiantes de pregrado a quienes yo acompañaba, para quienes la enseñanza con la que se quedaron fue que lo único importante y relevante en la práctica clínica es lo que puede ser identificado y tratado de manera médica. Lo que rodea a la paciente a nivel contextual, las emociones que ella puede sentir, el significado que le otorga a su condición patológica y las relaciones sociales en las que está inmersa son irrelevantes para la mirada clínica.

En síntesis, el biologismo construye una mirada explicativa reduccionista ya que se concentra exclusivamente hacia la causalidad biológica de la enfermedad, efectuando en realidad, una doble escisión: la primera, separando la enfermedad de la persona que la padece; y la segunda, excluyendo el contexto social y sus influencias en provocar esa enfermedad y sus consecuencias en el bienestar/malestar de ese paciente en particular.

En algunas ocasiones, presencié sesiones de clases en donde los profesores amplían su mirada clínica más allá de la teoría biologista, para enseñar otras posibles causas de los síntomas, causas aparentemente “no visibles” y no biológicas. El siguiente extracto de una clase de Clínica propedéutica ejemplifica el caso de un docente que sí reconoce la importancia de las emociones en el surgimiento y sintomatología de ciertas afecciones patológicas:

Y la abuelita les lava la ropa y el abuelito les hace su...ella plancha su ropita [del nieto], los lleva al campo, en fin. Están contentos. Y ya vienen de regreso otra vez, y entonces, ahora sí, "aaay... me duele", dice la abuelita. "Aaay, me duele", sh. Y resulta que tiene una, la costilla fracturada. Pero mientras estaba el nieto, [la abuelita] ni cuenta se dio. De la emoción, eh, el cariño, eh, el... borró [el dolor], ¿verdad? Cuántas endorfinas, apaciguaron mi dolor. Se va mi nieto, y aparece, bajan mis endorfinas, ¿verdad? Y aparece el dolor. Sí, ¿me explico? ¿Verdad? (Dr. Alonso, clase de clínica propedéutica).

En el ejemplo anterior, el docente refiere cómo estados emocionales pueden muy bien influenciar el surgir de cierta patología, o, más precisamente en este caso, influir en la supresión

temporal del síntoma del dolor. Aquí el proceso de enseñanza coloca la mirada sobre el enfermo y sus vivencias, tomando en cuenta la psicología del paciente, evitando concentrarse exclusivamente sobre el cuerpo biológico y eludiendo de esta manera la escisión reduccionista patología-persona.

Sin embargo, en el salón de clase es más común que un docente expanda la mirada clínica hacia la etiología psicológica de la patología -postura que de por sí, sigue siendo individualizante- a que reconozca y tome en cuenta en su enseñanza a las causalidades sociales de las enfermedades. Las enfermedades, sus causas y sus síntomas y signos se siguen enseñando en la clínica como si estuvieran abstraídas de su contexto social. En la enseñanza de la clínica, por otro lado y como se verá más adelante, la contextualización social se da, más bien, hacia el enfermo, el cual es visto a través de "cajones" o clasificaciones tipológicas, en muchos casos profundamente estereotipadas.

La visión objetivante y despersonalizante del enfermo: la mirada clínica

El "pensar anatómicamente" y el concebir la enfermedad como esencialmente biológica son modos de pensar que son centrales para la adquisición de la así llamada "mirada clínica" (Good, ([1994] 2003); un concepto desarrollado en gran parte por Michel Foucault en su tratado sobre el nacimiento de la clínica (1966).

Foucault ubica que, después de los descubrimientos de la anatomía humana con la disección de los cadáveres a partir del siglo XVI, el segundo momento crítico que ha marcado de manera fundacional lo que hoy llamamos la biomedicina, fue el establecimiento de la clínica cuando, a principios del siglo XIX, la medicina se dotó de una claridad epistemológica con los aportes del método anatómico-clínico. La observación clínica inició a monopolizar la mirada, ubicando la enfermedad en el cuerpo. Se trata de una mirada que aplica el médico y que no reduce, sino que constituye al individuo como escenario legítimo en el cual se posa la enfermedad: "El ojo se convierte en el depositario y en la fuente de la claridad; tiene el poder de hacer manifiesta una verdad que no recibe, sino en tanto él mismo la ha hecho visible" (Foucault 1966:14).

Según Foucault, fueron grandes clínicos como Bichat o Corvisart que desentrañaron la dimensión "molar"; esto es, los tejidos, los órganos, la sangre. De este modo, se deja de lado el estudio de los pacientes en su totalidad, ya que al importar únicamente el estudio del órgano enfermo, el conocimiento de las personas y de sus propias narrativas sobre las enfermedades que padecen se vuelve irrelevante. La mirada clínica no sólo vuelve objeto visible a la

enfermedad, sino también al sujeto que la padece. Esto implica despersonalizar a la enfermedad y al mismo enfermo.

Durante el nacimiento de la mirada clínica a principios del siglo XIX fue necesario no sólo abrir y organizar racionalmente el espacio hospitalario, sino también hacerlo funcional en términos pedagógicos. La enseñanza se comenzó a impartir sobre la base de la clínica pues “había que hacer mirar, ver y tocar” a los aprendices de médicos. Si bien la estructura hospitalaria no se expresó inicialmente como un lugar para la cura, sí fue una suerte de “centro experimental” que garantizaba un espacio de visibilidad claro y resplandeciente; un gran “orden” capaz de disponer los cuerpos como objetos de saber (Fernández, 2015).

Durante mi trabajo de campo, tuve la oportunidad de acompañar a las y los estudiantes de ginecología de cuarto año en sus prácticas clínicas en un hospital de segundo nivel, mientras observaban la consulta de urgencias y la atención de partos y procedimientos quirúrgicos, como cesáreas. Los estudiantes que asistían a las guardias nocturnas estaban a cargo del profesor titular de la materia, quien muchas veces los “encargaba” con sus residentes y médicos internos. Dentro de este sistema jerárquico de enseñanza-aprendizaje existen labores determinadas a cada rango, como, por ejemplo, los residentes de ginecología de los primeros años, dedicados a la atención de partos y ayudantías en cesáreas, los internos de pregrado tienen a su cargo la toma de muestras de laboratorio de las pacientes, labor que en ocasiones compartieron con los estudiantes de pregrado.

Durante las observaciones realizadas en este hospital, observé también que en el entrenamiento clínico en el que los estudiantes ven cómo los internos y los residentes de primer año aprenden a ver y tocar a las pacientes, atestiguan cómo este personal aprende también a invalidar la narrativa de los pacientes, principalmente durante la “entrega de guardia”; es decir, la presentación de los pacientes como casos clínicos, hecha por los médicos internos o residentes de menor grado a los adscritos del servicio al iniciar la jornada hospitalaria por las mañanas, en donde se eliminan los aspectos sociales del padecimiento ya que los residentes de mayor grado o los médicos adscritos que los supervisan, refieren que lo que interesa es ir a lo concreto, “lo que sirva para el tratamiento médico”. Lo demás solo es “un chisme”, como vimos arriba (en el apartado sobre el biologismo) con el ejemplo del aborto de la paciente "Bertha".

Más que durante la enseñanza en el aula, es en las prácticas clínicas cuando los estudiantes de medicina están expuestos a que las narraciones y los sentimientos de los pacientes sean tratados con escepticismo, dando por sentado que la forma y el contenido de tales

narraciones puede desviar el proceso diagnóstico. Esta orientación asegura una rígida conformidad con la concepción dominante de la enfermedad como una alteración o trastorno biológico, limitando el alcance de la experiencia de enfermedad. Hasta los médicos y enfermeras que pretenden asumir un mayor compromiso experiencial con los pacientes, se ven desbordados por los procesos estructurales tales como el papeleo, las programaciones y el uso de lenguaje técnico; estos procesos se vuelven aún más agudos en unidades públicas de salud sobresaturadas de pacientes, como es el caso del hospital donde hacen sus prácticas los estudiantes de cuarto año.

Para Kleinman (2006), el primer acto del médico y de los demás cuidadores consiste en afirmar o negar el sentido moral que el paciente aporta al encuentro clínico. Esto implica el reconocimiento de la realidad del dolor, físico y psíquico, de las personas que sufren. Este acto aparentemente banal se olvida o se evita con frecuencia. A veces el dolor del otro resulta tan increíble que prevalece el escepticismo. En ocasiones se niega la existencia del dolor en la persecución de otros objetivos, como el diagnóstico o el tratamiento. Aceptar la experiencia de enfermedad es, por tanto, un doble proceso de reconocimiento de la realidad y del sentido del dolor, seguido de un continuado compromiso interactivo con los que sufren tanto en lo que atañe a lo que significa estar enfermo, como en lo que se refiere a los aspectos biológicos o económicos.

Este autor sostiene que en la educación médica no se da prioridad al sentido moral de la enfermedad, ya que la estructura de prioridades en la formación médica y en la provisión de cuidados de la salud imposibilita a menudo este proceso. Se pone el énfasis en los mecanismos biológicos de la enfermedad. El sistema convierte a los considerados “blandos” y por lo tanto devaluados, componentes de la experiencia de enfermedad, en la “dura” y sobrevalorada, la búsqueda de síntomas y de categorías nosológicas (Kleinman, 2006). Todo lo anterior, es parte sustancial de la mirada médica que se enseña a partir de las prácticas clínicas en cuarto año.

Las enseñanzas

Aprender la distancia emocional

El saber médico que se transmite con los enfoques antes mencionados, destaca que el actuar de los médicos hacia los pacientes se realiza separando no solo el cuerpo sufriente de su ser viviente (como persona íntegra bio-psico-social), sino también separando la mente racional del médico de sus propias emociones.

La disociación de la patología estudiada de la persona que la padece, no sólo permite enfocarse en tratar el signo y el síntoma, dando prioridad a su causa orgánica biológica. El poder ver al paciente como cuerpo y no como persona, también ayuda al médico a alejarse emocionalmente y enfrentar lo que eso implica para el médico mismo; por ejemplo, cuando se enfrenta un diagnóstico terminal y se tiene que informar al paciente de su muerte inminente. Se enseña entonces a practicar una medicina que se concibe como racional, emocionalmente neutra o distante y también más despersonalizada.

La medicina construye los “objetos” a los cuales atienden los clínicos: pacientes, cuerpos y enfermedades en un modo culturalmente distintivo y específico, aún negando que se trate de construcciones culturales. Para Good (1994), aprender medicina se basa precisamente en “establecer en qué mundo se adquiere el conocimiento”; estudiar cómo aprende la gente, por otro lado, ofrece una visión privilegiada de algunas de las prácticas formativas, a través de las cuales la medicina construye ese mundo. Para los estudiantes de medicina, el cuerpo y la patología están constituidos como distintivamente “médicos” durante su educación. Entrar al mundo de la medicina se consigue no solo al aprender el lenguaje y conocimiento base de la disciplina, sino también al aprender prácticas fundamentales a través de las cuales los practicantes de la medicina se involucran y formulan la realidad en un modo “específicamente médico”. Esto incluye modos especializados de “ver”, “escribir” y “hablar” (*Idem*).

Establecer relaciones emocionalmente distantes y despersonalizadas con los pacientes en el encuentro clínico es precisamente una consecuencia y forma específica de "verlos" como objetos en el diagnóstico y en las terapias, "escribir" sobre ellos en las historias clínicas, o "hablar" sobre ellos en su presencia con otros colegas como si no estuvieran ahí. Los ejemplos etnográficos que atestigué en donde se enseña a efectuar este proceso de alejamiento emocional y despersonalización en la Fac. Med. UABJO, más que darse en las aulas durante las clases, nuevamente los observé mayormente en las prácticas clínicas con los estudiantes de cuarto año; como se reportó arriba en los apartados sobre la visión biologista y la mirada clínica.

Aprender a diagnosticar: palpar, escuchar, oler y ver

En la Fac. Med. UABJO, se transmite el conocimiento sobre cómo construir un diagnóstico buscando la causa orgánica de las patologías. De este modo, se enseña a los estudiantes que es a través de los sentidos, así como del uso de materiales auxiliares del diagnóstico, que se puede conocer cuál es el órgano enfermo y ofrecer un tratamiento.

Es en la clase de clínica propedéutica en donde se aprenden a conocer, reconocer y unir signos (manifestaciones objetivas, que se identifican al examinar a un enfermo y que son investigadas básicamente mediante las maniobras de inspección, palpación, percusión y auscultación) y síntomas (manifestaciones subjetivas que el paciente experimenta y expresa y que el médico no percibe, le es difícil comprobar y a cuyo conocimiento llega sobre todo con el interrogatorio), en este caso expresados por, o detectables en una persona-paciente. Los signos y los síntomas nos hablan de la enfermedad de un órgano y los órganos son tratados también como objetos que podemos palpar, oler y escuchar. Para transmitir el conocimiento es necesario expresar a qué huele, cómo suena o cómo se siente el órgano enfermo.

Durante mis observaciones realizadas en las clases así como en las prácticas clínicas en centro de salud y hospitales donde acompañé a estudiantes de cuarto año, pude constatar que, además de la construcción de los diagnósticos a través de los sentidos, los profesores les enseñan a los alumnos a basarse en la clasificación de las enfermedades y en la utilización de algunos auxiliares diagnósticos sobre todo los de uso dentro de la práctica de la Medicina General. Algunos profesores le dan mayor énfasis al uso de los sentidos, de las manos y de la vista más que al uso de los auxiliares diagnósticos, pero todos basan su enseñanza en el método anátomo-clínico.¹⁷

En estas clases también se le da mucha importancia al interrogatorio o como los profesores le dicen a la “anamnesis o hipótesis temprana” que da el 80% del diagnóstico; se hace mucho énfasis en que las mayores herramientas que tiene un médico son su cerebro y sus manos.

Durante la materia de Clínica Propedéutica, tuve la oportunidad de asistir a las clases que el Dr. Alonso dirigía en los simuladores de consultorio. Éstos son espacios que se encuentran en la parte norte de la escuela de medicina: cubículos que simulan ser consultorios. En ellos se encuentra un escritorio, una silla para el “médico” (quien será interpretado por uno de los alumnos) y una silla para “el paciente” (interpretado por otro alumno). Se encuentran también un negatoscopio (aparato que sirve para ver radiografías) empotrado en la pared, una mesa de exploración y un gabinete--vacío--para guardar medicamentos.

¹⁷ El método anátomo-clínico aparece en Europa en el siglo XVIII con un objetivo preciso: llegar a un diagnóstico anatómico en vida del enfermo mediante un examen clínico sistemático. Fue Xavier Bichat quien propuso este método, llamado así por las siguientes características: borra todas las teorías y sistemas previos, pone a los síntomas y signos como centro y base empírica del diagnóstico, consiste en una búsqueda activa de las manifestaciones de la enfermedad mediante la invención de maniobras como la percusión y la auscultación, para detectar los cambios patológicos de los órganos internos, postula una hipótesis diagnóstica, corrobora o rechaza la hipótesis de acuerdo con lo observado en el examen clínico o en el examen de los órganos y relaciona los hallazgos en los órganos del cadáver con los síntomas y signos encontrados en el examen clínico (Español, 1996)

Para la clase, los alumnos son divididos en equipos. El ejercicio consiste en que previamente a la clase, los alumnos se ponen de acuerdo sobre la patología que el supuesto paciente tendrá. El equipo al que yo acompañé simuló un caso de sarampión en una paciente adulta, para lo cual la alumna “paciente” actuó como si tuviera malestar general y fiebre además de maquillarse lesiones de color rojo en toda la piel. El Dr. Alonso dirige la práctica sentado junto a ellos en el escritorio, mientras hace anotaciones sobre el caso y les apoya en las preguntas que se deben realizar en el interrogatorio. Les dice que es necesario tener varias sospechas diagnósticas ó sospechar en varios diagnósticos y seguir cada uno por medio de las preguntas. Así, su definición metafórica del diagnóstico clínico:

El diagnóstico, es como un duendecillo, huidizo como un ratón, porque todo el mundo dice, "ahí va, ahí va, ahí va". Y nadie vio al ratón. ¿A poco no? Que dice que a veces se nos muestra franco y sereno. Y muchas veces, cuando lo tenemos entre las manos, se diluye, como agua entre los dedos. Tú ibas bien. Pensaste salmonelosis, pero ya se te diluyó. (Dr. Alonso, Clase de Clínica Propedéutica, transcripción.)

Para las prácticas diagnósticas, la Fac. Med. UABJO cuenta también con maniqués automatizados que son simuladores en donde se pueden entrenar los sentidos para percibir lo “normal” y diferenciarlo de lo patológico en los pacientes. El Dr. Alonso sin embargo, opina que no hay nada como aprender en cuerpos humanos reales y considera que la práctica se puede hacer con un estudiante rotando como paciente ficticio mientras los otros observan y escuchan con o sin instrumental:

Yo no tengo nada contra los simuladores. Son buenos. Sobre todo para ver patología. Porque ahí te van a mostrar el abdomen y, ¡ay! qué bonito se siente, sí. Pero es un simulador, no es un paciente real. Ustedes lo que tienen que aprender bien, bien, bien, es lo normal, porque, aunque todos tenemos el mismo corazón latiendo, el ruido del corazón de ella, el corazón de él, el de él, van a ser diferentes. Sin embargo todos son... normales, sanos. (Clase de Clínica Propedéutica, transcripción.)

Entonces, tenemos que aprender a, a discernir el ruido normal. Porque el ruido anormal, el día que lo escuches, lo escuche yo, voy a decir, "esto no es normal". ¿Sí? Y, a mí, yo creo que sí me ha dado buenos resultados, ¿verdad? A mí sí, creo que sí me ha dado buenos resultados, hacer simulación con el alumno, ¿sí? Por ejemplo, vamos a, estamos, vamos a ver los ruidos del corazón. "A ver niño, pásate tú como simulador", "óyle el corazón a este niño." "A ver, ¿ya? Ahora hazme diez lagartijas, ahora, escúchale el corazón". "¿Qué diferencia encontraste?" Esto se llama taquicardia, fisiológica, ¿no? Porque es una respuesta normal. (Práctica en consultorio simulador, transcripción.)

Aprender a clasificar al paciente

Para aprender a diagnosticar, se construye también la idea de un paciente, casi siempre con apoyo del conocimiento avalado por la experiencia en el ejercicio de la medicina que tienen los profesores, sobre lo que han observado a lo largo de sus carreras, y mucho tiene que ver

con el cómo se lo enseñaron a ellos; finalmente, tanto la experiencia como las formas en que se aprendió sirven para clasificar. Con el apoyo de fotografías y exposición de casos propios de su consulta o de su práctica clínica los estudiantes construyen un paciente tipo, que les sirve para clasificar las enfermedades.

En las clases de Clínica Propedéutica dictadas por el Dr. Alonso, se trae a colación el paciente-persona como fuente de información relevante para llegar a esa clasificación. Es común que se haga énfasis en la relación de ciertas patologías con la ocupación, el género, la clase social y/o la etnicidad de los y las enfermas, como un medio de transmitir los “indicios” que la biomedicina acumula a través de los años y el médico interpreta para llegar a un diagnóstico más certero:

¿Y esta señora? Yo soy la paciente, ahí está, el brazo de la paciente. Éste es el brazo de la paciente. Y aquí está el chamorro de la paciente. Como pueden ver, es una mujer indígena o media indígena, que vive en un pueblo, que usan la ropa típica de los pueblos. ¿Qué lesión, qué ven? "Doctor, lo vengo a ver, porque mire cómo estoy". Pues es que está, donde no le, no le cubre la ropa. Ninguna ropa típica llega a la rodilla. No, todas son abajo de la rodilla. Pues si son abajo de la rodilla...

Ahí está, ahí está, mira, ¿qué lesiones tiene la paciente?

- Hipocrómicas (manchas más claras que el color de la piel de la paciente)

"Ay, doctor, pues yo, mire, la mera verdad, llevo muchos años con esto..." Tenía mucho tiempo. "He visto a doctores. Diego, a la doctora Mina, a al doctor este... Gerardo. Me han mandado de todo y mire cómo estoy yo."

- Si se expone mucho al sol.

"Trabajo en mi casa... hago mi quehacer, hago la tortilla, lo que voy a vender, eh... y cuido a mis hijos. En fin, vivo en mi pueblo. Tengo, les tengo que dar de comer a mis animalitos, ¿no? Sí, sí me expongo al sol." (Dr. Alonso, clase de Clínica Propedéutica, transcripción.)

En el ejemplo anterior, el profesor hace referencia a una paciente que atendió en su consultorio poniendo énfasis en su estrato social, su etnicidad y su lugar de origen. En este caso resalta la importancia de la observación y el interrogatorio, pues los datos como el modo de vestir de la paciente y lo que ella hace durante su vida cotidiana, se consideran importantes en el diagnóstico. Cabe resaltar que estas clasificaciones corren el riesgo de estereotipar a los pacientes, a hacerlos encajar en nociones preconcebidas acerca de quiénes son, cómo viven y de qué enferman a partir de la simple apariencia o de ciertas características demográficas.

En las clases de ginecología que se imparten en el cuarto año de la licenciatura, se construye el diagnóstico de una patología basada en un órgano femenino utilizando también “cajones” en donde se acomodan a las pacientes por edades, paridad, condición económica, etnicidad, etc.:

Observo cómo en esta patología se comienza nuevamente a diseñar un “cajón” en donde se pueda encontrar este diagnóstico, o por lo menos así lo estoy entendiendo. El profesor explica a los alumnos de algún modo que las mujeres se separan por edades, por número de

hijos, por condiciones geográficas, alimentación, y "raza". En esta clase se "coloca" a cada mujer paciente en un cajón y se describen sus patologías. (Diario de campo, clase de Ginecología, Dr. Castillo, 27-11-18.)

Los "cajones cerebrales" que se construyen durante la educación médica se refieren a una forma de identificar pacientes según tipología, lo cual puede representar un recurso diagnóstico importante basado sobre experiencias previas, pero también presenta el fuerte riesgo de estereotipar, esencializar y estigmatizar a la gente; teniendo también efectos potencialmente negativos en el diagnóstico (cuando un clínico tiene una idea preconcebida sobre los "tipos de pacientes", no logra ver fácilmente cuando alguien no encaja en esos estereotipos y pueden fácilmente equivocarse de diagnóstico).

Mientras estuve asistiendo a las clases, me pareció fascinante el poder abrir y desmenuzar analíticamente la "máquina de los diagnósticos": no sé en qué momento aprendí yo a hacerlos pero siento que mi proceso, en la escuela de medicina en donde yo estudié, fue muy similar a lo que observo en la Fac. Méd. UABJO. Mis conocimientos médicos siguieron el mismo camino, desde conocer el cuerpo humano a través de la anatomía, histología, fisiología y bioquímica, partiendo de lo macroanatómico hasta llegar a la microfunción de los organelos celulares.

Mientras escuchaba las diferentes clases, reflexionaba constantemente en mi esquema interno; es decir, en mi propia "máquina de hacer diagnósticos". Y mientras más escuchaba, llegaba a la conclusión de que los que hemos estudiado la carrera de medicina poseemos una serie de cajones, o modos de clasificar las enfermedades, que vamos creando y después llenando de "patologías" y que nos sirven para caracterizar a los pacientes desde la primera vez que los vemos.

¿Cómo se construye un paciente? Pienso que a base de muchos ejemplos, estos ejemplos sirven para construir "un paciente tipo para una patología tipo" sobre la cual se puedan clasificar todas las demás. Esta clasificación está mezclada con apreciaciones sobre el género, la raza y la clase social que también sirven como puntos para construir el diagnóstico dentro de este sistema clasificatorio.

Aquellas enfermedades para las cuales se ha alcanzado un claro entendimiento de sus mecanismos, son tomadas como los prototipos del conocimiento médico, sugiriendo que toda la enfermedad es de este tipo si logramos entenderla. El mensaje es claro, la arquitectura del conocimiento está en el lugar, solamente necesitamos llenar los *links* estructurales faltantes (Good, 1994).

El Doctor Alonso mientras da la clase hace muchos diálogos ficticios con pacientes ficticios. Por ejemplo: “Soy un viejito de 85 años, y me duele mucho la cabeza, me salieron primero unas vesículas en el ojo y la frente y ahora ya no tengo vesículas pero me duele mucho mi ojo y mi frente doctor, ¿qué tengo?” – dirigiéndose a uno de los alumnos de hasta enfrente. Los alumnos empiezan a decir sus hipótesis pero él constantemente los hace que le pregunten a él, como si él fuera el paciente, y los regresa a seguir el formato de la historia clínica. Aquí pienso que este profesor en particular construye la idea de un paciente, lo gesticula con su cuerpo, lo actúa y muestra las pruebas clínicas actuándolas o “de bulto”, como por ejemplo cuando actúa la prueba de Romberg (que se utiliza para valorar el mareo y diferenciarlo del vértigo). Entonces pienso que se aprende medicina relacionando el síntoma con el órgano y creando una imagen del paciente en la mente. (Diario de campo, Clase de clínica Propedéutica, Dr. Alonso, 13-11-18).

Parte de la labor de la escuela es brindar un acervo de datos a los y las alumnas, que posteriormente servirá para ir construyendo a los pacientes y sus diagnósticos. Los datos se van acomodando en “cajones” que tienen diferentes nombres en la mente de los estudiantes: el sexo, la etnicidad, la edad, el género, la clase social. De manera que cuando un estudiante aprende el cuadro clínico de cierta enfermedad puede ir tomando de estos cajones las características del paciente enfermo. Así, hay enfermedades que son más frecuentes en personas de la tercera edad o en niños, en mujeres o en hombres, en bebés, en el calor o en el frío. Aunque también, los “cajones cerebrales” llevan el riesgo, como comenté anteriormente de estereotipar y esencializar los casos, separándolos totalmente de su contexto social invisibilizando las características de los pacientes en particular, lo cual puede llevar a un sesgo en el diagnóstico.

En la Fac. Med. UABJO es frecuente que los profesores transmitan el conocimiento médico basándose en su propia experiencia clínica. Uno de los profesores que más observé pone muchos ejemplos en relación a casos clínicos de su propia consulta: relaciona los casos conforme a la ocupación de las personas para lo cual utiliza el lenguaje técnico que se aprende en medicina.

En esta ocasión, la manera de exponer su clase es basándose en fotografías de personas que él ha atendido en su consulta, entonces con cada una comenta: “éste es Don Pancho, que tiene 80 años y llegó a la consulta diciendo que tenía esta mancha en la piel“ (muestra la imagen que tiene la mancha), entonces dice: “¿qué tengo doctor?” En ese momento escucho que todos los alumnos murmuran, se comentan entre ellos los posibles diagnósticos. Luego, después de oír muchos posibles diagnósticos, el doctor dice: “¿por qué me dices así nada más que tiene, no les interesa saber quién es, a qué se dedica, si tiene alguna enfermedad, si toma algún medicamento?” Y vuelve a repetir la nemotecnia que él utiliza que es ALICIA para hacer la semiología, en este caso, de una mancha en la piel (aparición, localización, si aumenta, disminuye y qué síntomas agregados presenta). Después de mucho murmurar, los alumnos empiezan a preguntar “¿cómo apareció?, ¿hace cuántos días?, ¿así estaba desde el principio?” (Diario de Campo, Clase de Clínica Propedéutica, Dr. Alonso, 27-11-18).

Durante las clases de Ginecología los profesores también transmiten su experiencia acumulada durante muchos años de ejercicio profesional.

La paciente dice, "oiga estoy sacando algo". Y te enseña las, como uvitas que está expulsando. Y el sangrado puede ser abundante o no. Entonces, tú haces el diagnóstico de aborto, molar. Estás expulsando un embarazo molar. Esto es muy difícil que suceda, situación en que el paciente llega y nos diga, "estoy expulsando un embarazo molar". La gente no sabe qué está expulsando. (Dr. Castillo, Clase de Ginecología, transcripción).

Algunos de los profesores caracterizan las patologías de los pacientes contrastándolas con objetos de la vida común. Por ejemplo, durante una de las clases al explicar sobre las causas de la cefalea (dolor de cabeza), el profesor dice que hay que preguntar qué síntomas agregados existen. Si existe salida de líquido transparente a través de la nariz, les muestra que es importante asegurarse de las características del líquido. Para esto utiliza imágenes mentales en las que compara los líquidos corporales con líquidos comunes. Otro ejemplo es con la exploración del tórax, donde el profesor repite que es importante diferenciar el sonido de un pulmón sano, al de un pulmón enfermo en donde las mucosidades suenan a: "aire en gel y burbujas".

En cuanto al uso del instrumental para el diagnóstico Laín Entralgo (1982) nos recuerda de que la relación entre el médico y el enfermo viene teniendo carácter instrumental desde el comienzo mismo de la medicina. El carácter exploratorio, por otro lado, se inició en la medicina desde que en los siglos XVII y XVIII empezaron los médicos a contar el pulso mediante relojes y a medir la temperatura corporal mediante termómetros. No será necesario ponderar cómo desde entonces ha ido aumentando, hasta hacerse abrumador, el número de los instrumentos que requieren la exploración y el tratamiento del paciente.

Es en las clases de Clínica Propedéutica, donde se enseña a utilizar el instrumental diagnóstico del médico general, para lo cual se les solicita a los alumnos que lleven un estuche de diagnóstico para la práctica; éste consiste en oftalmoscopio (un aparato que sirve para observar las estructuras internas y externas del ojo) y un otoscopio (el cual sirve para observar el oído externo y el oído medio). Los estudiantes aprenden observando al profesor y después intentando la utilización de estos instrumentos ellos mismos, bajo la mirada y la guía del docente y con algún estudiante que asume el rol de paciente:

Durante las observaciones en clase los alumnos acomodan los mesabancos de manera diferente pues están haciendo una práctica de exploración del ojo con ayuda de un oftalmoscopio. Hay aproximadamente 20 alumnos en la clase. En esta materia se aprende cómo explorar a los pacientes utilizando los sentidos, pero también se empiezan a utilizar algunos auxiliares como, en este caso, un estuche de diagnóstico. Entonces el profesor les dice que se coloquen por equipos y que, dependiendo de cuántos estuches de diagnóstico

hay, “hagan equipo con quien trajo oftalmoscopio” (aparato que sirve para observar el ojo en su interior). En este momento observo que de sus mochilas aparecen algunos equipos de diagnóstico, cuento que son aproximadamente 6, los veo de diversas marcas, tamaños y supongo que precios. El Dr. se coloca frente a nosotros. Todos observan con curiosidad lo que hace, les muestra que el oftalmoscopio da diversas luces y que puede servir para observar diversas cosas en el interior del ojo. Entonces, se acerca a una alumna que, en esta ocasión, será la paciente y que se encuentra sentada en una de las sillas en medio del salón. Sin saludarla, le indica que mire al frente y enfoca en su pupila con la intención de ver el fondo de ojo. Me llama la atención que no salude, porque los alumnos observan lo que hace, en esta práctica no se presenta con la “paciente”, ni la saluda y sin embargo se acerca a escasos centímetros de su cara. (Diario de campo, clase de Clínica Propedéutica, Dr. Alonso, 28-11-18.)

Finalmente, cabe mencionar que durante las observaciones en las consultas en el centro de salud, me percaté de que la exploración instrumentada o no, en pocas ocasiones es utilizada, sea por el poco tiempo con el que se cuenta en la atención institucional o por la comodidad que significa para el médico centrar el diagnóstico únicamente en el interrogatorio.

Aprender un nuevo idioma: el lenguaje técnico de la medicina

Aprender medicina es como "aprender idioma"... Es preciso aprender un extensísimo léxico, un vocabulario operativo tan extenso como el de la mayoría de los idiomas, y ser competente en medicina depende de aprender a hablar y a leer ese idioma... Pero hay un subtexto. Aprender el lenguaje de la medicina no consiste en aprender nuevas palabras para denotar al mundo corriente, sino construir un mundo completamente nuevo (Good, [1994] 2003:144-145).

En la Fac. Med. UABJO, se transmite el conocimiento de un lenguaje técnico exclusivo y especializado de la profesión médica, el cual es escrito así como hablado; este lenguaje sigue el enfoque mecanicista, organicista y biologista y sirve para construir las patologías, los diagnósticos y los pacientes, enfocándose en la descripción de síntomas y signos, así como explicando el funcionamiento del cuerpo a través de la descripción de sus partes.

Aprender el lenguaje propio de un grupo social es uno de los requerimientos de todo aquel que quiere adentrarse y formar parte de él. La cultura biomédica posee un lenguaje verbal y escrito a través del cual se precisa su campo de acción, se desarrolla un lenguaje común y se finca su autoridad.

La premisa “para ser médico hay que parecer médico” se convirtió en parte del *currículum* oculto médico que se incorpora a lo largo de los seis a 15 años que un entrenamiento puede durar, desde la licenciatura hasta una especialidad ó subespecialidad médica. La identidad profesional médica se construye no sólo a través de poses, gestos y vestuarios característicos de los médicos, así como a través de un lenguaje específico.

Observo que los alumnos escriben prácticamente todo lo que él va diciendo, y es que por cada clase aparecen muchas palabras que hasta el momento son casi nuevas para los alumnos. Empieza a hablar sobre la exploración de los ojos y aquí continúan apareciendo palabras como “emotropía” y “ametropía” que tienen que ser posteriormente memorizadas, las palabras del lenguaje médico que después sirve para escribir una nota o ponerle nombre a una observación cuando uno da una consulta. Escucho a los alumnos que tengo cerca y aunque muchas de las palabras son desconocidas para ellos, no preguntan, se quedan con la duda de lo que significa, le preguntan a su compañero, o en el último de los casos, me están preguntando a mí. Cuando el profesor habla sobre 'otalgia', les comenta a los estudiantes: “otalgia es dolor de oído, pero yo digo 'este paciente tiene otalgia', entonces le cambio el nombre para que se vea y se oiga diferente” (haciendo un gesto con la mano como si fuera “de caché”). (Diario de campo, Clase de clínica propedéutica, Dr. Alonso, 15-11-18.)

Continúa enseñando lo que se debe observar en un adulto mayor, y dice como una lista con términos médicos, les dice a sus alumnos: “ustedes son médicos, deben de ponerle un nombre adecuado al cambio de actitud corporal de los adultos mayores”, en esta frase siento como si uno aprendiera a hablar, actuar en otro idioma, y que ese idioma es vital para parecer médico. La lista dice lo siguiente: alopecia, líneas de expresión, presbicia, lentigo senil, presbiacusia, pérdida de la memoria, pérdida de vigor físico, pérdida de reflejos. (Diario de campo, Clase de Clínica Propedéutica, Dr. Torres, 07-01-19.)

Si aprender a ver en un modo nuevo es fundamental en el aprendizaje de la medicina durante los primeros dos años de la educación médica, aprender a escribir y hablar son críticos durante los años tempranos del entrenamiento clínico (Good, [1994] 2003: 149). Cuando las y los estudiantes de medicina entran por fin al hospital, se unen a equipos de profesionales médicos en formación como son internos y residentes que ya atienden a los enfermos, y es ahí cuando aprenden a convertir personas enfermas "en pacientes percibidos, analizados y presentados como apropiados para el tratamiento médico" (*Idem*). Parte de esta construcción se logra a través del lenguaje especializado, donde aprender a describir a un paciente correctamente es crucial para este proceso. El escribir una nota médica es multifuncional, ya que contribuye a darles autoridad a los estudiantes de medicina (como nos recuerda Good, la nota clínica es parte de un expediente oficial), justifica la interacción y organiza coherentemente la conversación con el paciente, y sistematiza el proceso completo de haber trabajado con ese paciente. Se escribe para una audiencia la cual es compuesta exclusivamente por médicos, quienes no solo harán decisiones basadas en el documento, pero además juzgarán al estudiante por el manejo correcto o incorrecto de ese lenguaje técnico en su versión escrita. Y ésta "es una dimensión crítica de formular al paciente como un proyecto para tratamiento" (*Ibidem*:151).

Básicamente lo que debes hacer es afrontar a un ser humano que deambula, habla, confundido y desorganizado... con un a serie de síntomas que experimenta no diagnosticados, y considerarlo todo, meterlo todo en la trituradora y reducirlo a una masa, a una forma a partir de la que cualquiera pueda extrapolar rápidamente. No quieren oír la historia de la persona, quieren oír la versión editada.... No estás ahí para hablar con la gente... Eres un profesional y te has formado para interpretar descripciones fenomenológicas de comportamientos en procesos fisiológicos y patológicos. (Good, [1994] 2003: 151-52).

Además del lenguaje técnico utilizado entre quienes lo aprendieron a dominar y lo usan comúnmente en el ejercicio de la profesión, se hace énfasis en el para qué y el cómo utilizar ese lenguaje, lo cual tiene también que ver con el mantenimiento del estatus de la profesión médica. Esto se puede dar cuando el personal médico entabla una conversación--generalmente escueta, corta y esencial para el levantamiento de la historia clínica--con pacientes, donde el médico se "baja" al nivel del paciente utilizando su lenguaje corriente para que pueda ser entendido por este. La transmisión de este lenguaje va acompañada de estereotipos de clase, género y raza que a veces se vuelven prejuicios explícitos con respecto al nivel intelectual del paciente, siempre inferior al del médico, desde la perspectiva de este último:

El lenguaje utilizado deberá adaptarse al entorno intelectual y conocimientos del paciente, no del médico, ¿eh? Entonces, ya no debería llamarse relación médico-paciente, sino relación paciente-médico. Porque el actor principalísimo, de esta relación, es el paciente. En quien tenemos que mostrar nuestro esfuerzo, es en el paciente, ¿verdad? Y cada significado debe ser el mismo, para ambos, ¿verdad? Nosotros hablamos de comunicación, pensamos na más eso, transmisión de... Entonces, se convierte en transmisor y el otro se convierte en receptor. Y nos olvidamos de lo más importante, que es, la comprensión. Y hay que establecer preguntas sencillas y concretas, para así poder obtener una lista de problemas. Que a la mejor sí guardan relación con la patología principal del paciente, o no guardan relación con él, ¿verdad? Y sí, y ver si hay problemas que puedan estar afectando su calidad, de vida del paciente. (Dr. Alonso, Clase de Clínica Propedéutica, transcripción.)

Es como si, después de haber aprendido y haberse apropiado del lenguaje técnico clínico, el contacto con el paciente implicara un esfuerzo adicional para aprender o reaprender a hablar a su nivel, sobre todo considerando la gran variedad de enfermos con los que un médico interactúa. Así lo expresa Ana, una estudiante de tercer año:

Y es como saber de todo, porque tienes, tenemos que aprender a hablar; por ejemplo, si es con una persona de bajos recursos o si es alguien de grandes recursos, y no es solamente hablar de su enfermedad sino que muchas veces los pacientes se sienten como que inhibidos y luego, ni siquiera los voltean a ver, entonces pues preguntarle que cómo está, y cosas así, platicarle. Por ejemplo, si es un niño, saber qué caricaturas están... (Ana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

También se le da importancia al lenguaje escrito y al modo de escribir las notas, ya que esto forma parte de la construcción de los pacientes, o sea, de los sujetos-objetos de estudio. La manera en que las enfermedades de las personas son construidas como casos clínicos, determina de algún modo la manera en cómo se llevará a cabo su tratamiento; lo que esté escrito en una nota médica determina cómo es percibido ese paciente por parte de todo aquél que lea un expediente médico y tome decisiones a partir de esa construcción del caso clínico.

Además, el lenguaje médico también está basado en lo que es importante para la biomedicina, el cuerpo, en describir el cuerpo y el órgano que está enfermo, de ahí derivan los nombres de los signos y síntomas, los cuales están contruidos en raíces grecolatinas. Lo anterior, se vuelve en un reto mayor que complica su aprendizaje ya que estos idiomas clásicos no son parte de la formación previa de los y las estudiantes. Es común que los profesores utilicen palabras en latín o en griego en clase, sin explicar su significado:

Como ven, el *hábitus* externo, ustedes tienen que describirlo bien, para que el sujeto que lea el expediente, al leerlo dice, "ah, ya sé cómo es". Y, para eso sirve el *hábitus* externo. Para irse dando, idea de... de cómo es nuestro paciente, (Dr. Torres, Clase de Clínica Propedéutica, 07-01-19.)

Finalmente, el lenguaje clínico especifica lo que es normal y lo diferencia de lo que se sale de la normalidad, o sea define lo que es patológico. Para López Sánchez (2000) el discurso científico médico especializado ha logrado obtener la autoridad y ha desarrollado su forma de conocimiento, ejerciendo el poder no sólo en clasificar enfermedades sino en catalogar a los individuos mismos, para luego excluir a los que se salgan de los parámetros de la normalidad. La medicina se ha así constituido en el discurso de diferenciar lo normal de lo anormal, lo sano de lo patológico, lo verdadero de lo falso, y finalmente, lo moral de lo inmoral.

Conclusiones

La adquisición del saber médico en la Fac. Med. UABJO se centra en adquirir herramientas necesarias para describir patologías desde el enfoque mecanicista y biologicista y construir a los pacientes como casos clínicos objetivados. Las y los estudiantes de medicina al ingresar a la facultad se inician en un proceso que involucra el desaprender a ver a las personas en el modo en el que los no médicos las ven, objetivando al cuerpo humano y a la enfermedad y despersonalizando al paciente. Se trata de adquirir una nueva visión médica en donde desaparece todo aquello que es considerado como no útil para el diagnóstico, principalmente los aspectos sociales que rodean a los enfermos y sus padecimientos.

El saber médico en la Fac. Med. UABJO se transmite de una forma hegemónica similar a otras escuelas de medicina basándose en la teoría mecanicista y biologicista que prioriza el conocimiento del cuerpo humano como un conjunto de órganos y el conocimiento de las enfermedades como entidades estrictamente biológicas. Este proceso de aprendizaje pasa por aprender a mirar, a sentir y a palpar el enfermo y a diagnosticar sus condiciones patológicas de una manera en que la enfermedad es escindida de sus relaciones, causas y

consecuencias sociales y en que objetiva y despersonaliza al paciente. Finalmente, pasa por aprender un lenguaje técnico especializado que es privativo de la biomedicina y es saber exclusivo de expertos.

Por último, es importante mencionar que el construir a los pacientes como casos clínicos despojados de su ser persona y a las enfermedades como ocurrencias biológicas escindidas de sus relaciones y etiologías sociales, permite que las médicas y médicos que egresen de la Fac. Med UABJO sean funcionales, en su relación futura con los pacientes, para trabajar adecuadamente dentro de un sistema público de salud, que exige a los médicos atender a muchos pacientes de manera expedita, eficiente y ahorrando tiempo.

Como se abarcará en el siguiente capítulo, es en la interacción dinámica entre el "ser médico" y el "saber médico" que se forma gradualmente la identidad profesional de los estudiantes en el pregrado, la cual al mismo tiempo interactúa y se dinamiza con las identidades personales de cada uno/a de ellos, resultados a su vez de sus trayectorias biográficas particulares.

Capítulo 4

La transformación de la identidad personal y la construcción de la identidad profesional entre estudiantes de la Fac. Med. UABJO

Introducción

¿Cómo enfrentan los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO la experiencia de volverse jóvenes universitarios en una facultad que presenta ciertas particularidades con respecto a otras carreras profesionales? ¿Cómo se transforman en este proceso sus identidades personales? ¿Cómo inician a construir sus identidades profesionales de médicos en ciernes? A través de qué mecanismos y con qué resultados en cuanto al aprendizaje del ser y saber médico? Éstas son algunas de las preguntas que abarca este último capítulo; y para eso, volteamos nuevamente la mirada hacia los y las estudiantes.

El capítulo se centra inicialmente en la transformación de la identidad personal de los y las estudiantes, en la transición de adolescentes a jóvenes universitarios con sus similitudes y diferencias, de acuerdo a género, clase social, si son capitalinos o foráneos y en la intersección entre estas dimensiones; transformación que es compartida con otros jóvenes, estudiantes de cualquier carrera profesional.

En lo sucesivo, nos adentraremos en la transición de las y los jóvenes hacia convertirse, en lo específico, en estudiantes de medicina; una carrera que es particularmente exigente, en cuanto a tiempos, dedicación y disciplina. Nos enfocaremos en las vivencias de algunos de estos y estas jóvenes durante la carrera, ante las cargas de trabajo, las largas horas de estudio, la necesidad de tener una mayor autodisciplina, aprender a estudiar, la práctica de la memorización y del nuevo lenguaje técnico, el desvelo frecuente y, al mismo tiempo, la renuncia a la socialización y al esparcimiento ó, en el mejor de los casos, su reducción y adaptación en el contexto de lo que se ha vuelto su trabajo prioritario: estudiar medicina.

El capítulo pretende describir y analizar cómo estos procesos están contribuyendo a forjar una cierta identidad colectiva como estudiantes de medicina, creando no solo situaciones de repliegue individual o rivalidades internas entre ellos, sino un cierto espíritu solidario de grupo como una estrategia común para sobrevivir; esto, no obstante las diferencias originarias de extracción de social, lugar de procedencia, y/o género. Para algunos de ellos,

este proceso conlleva cierta continuidad con respecto a lo que aprendieron previamente en sus entornos familiares, escolares y sociales, y a lo que se espera de ellos en sus familias y clase social. Para otros, el ingresar a la facultad y estudiar medicina, conlleva una profunda "ruptura biográfica" en sus trayectorias escolares, laborales y ocupacionales, tanto a nivel intergeneracional, como en lo personal.

En general, para todos estudiar medicina implica una transformación profunda a la que se hace frente con recursos materiales, sociales y emocionales que cada quien tiene, construye o procura y que tienden a ser dísimiles entre estudiantes. Hay aprendizajes que son indudablemente comunes, pero que cada quien procesa, finalmente, de una manera propia.

El capítulo comprende cinco grandes apartados. El primero pretende identificar algunos aspectos de la transición a jóvenes universitarios, un proceso que es particularmente marcado al ingreso y durante el primer año de los estudios y que implica cambios para todo el alumnado, aun si se vive de manera diferente según la identidad personal y la trayectoria de vida previa de cada quien. En el segundo apartado, nos adentramos a las especificidades de la transición hacia volverse estudiantes de medicina, con las demandas y presiones de esta carrera y los ajustes que conlleva en la vida de todos estos jóvenes.

La tercera sección reconstruye los relatos de vida de cuatro estudiantes, para poder entender de manera ejemplificativa quiénes son, de dónde vienen, por qué decidieron estudiar medicina, los ajustes que esta decisión ha conllevado para cada uno/a y las complejidades y matices de cada historia, tomando en cuenta la extracción social, el lugar de origen y el género, como dimensiones identitarias cruciales. En el siguiente apartado se analizan estos relatos, tratando de evidenciar diferencias y similitudes entre las cuatro historias, identificando continuidades y rupturas con respecto a las trayectorias familiares, sociales e individuales de cada quien, además de tomar en cuenta la personalidad de cada quien la cual también contribuye a darle matices específicos a la formación de la identidad profesional médica.

Finalmente, en la sección final del capítulo y de la tesis, pretendo acercarme a la construcción de la identidad profesional médica en los años del pregrado, a partir de tres experiencias significativas que conforman rituales de paso o condicionamientos importantes en medicina y cuyas influencias todos los y las estudiantes comparten: el uso de la bata blanca y las clases de anatomía en el anfiteatro, con los aprendizajes formales e informales que estas experiencias conllevan; además de la promoción del desapego emocional. Se pretende así acercarse al aprendizaje del ser y saber médico desde estas tres experiencias y desde las perspectivas del alumnado; enseñando no solo cómo se tiende a construir una identidad

profesional colectiva común, sino también que existen matices diferenciales importantes entre distintos estudiantes.

La transición a jóvenes universitarios

Varios de los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO viven una transformación en su propia identidad personal sobre todo al principio de la carrera, una "transición" que mucho tiene que ver con el pasar de una etapa previa de la vida como adolescentes, a volverse jóvenes universitarios. Esta transformación, en los casos en que se da, es muy probable que se comparta de manera similar a otros jóvenes, estudiantes de cualquier carrera profesional.

El concepto de "transición" es útil para abordar el momento de ingreso a la universidad. Maunder y cols. (2013) lo utilizan precisamente en su estudio acerca de las experiencias de estudiantes universitarios de nuevo ingreso. Para estos autores, las transiciones ocurren cuando los individuos se enfrentan con una situación diferente que requiere ajustes para alinearse a las demandas del nuevo ambiente. En particular, las transiciones se conciben como cambios en la identidad en respuesta a períodos de incertidumbre.

Las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO experimentan una transición importante durante el primer año, viviendo un ajuste al convertirse en estudiantes de universidad, realizando cambios en su identidad personal, al mismo tiempo que, en medicina, inician a conformar poco a poco su identidad profesional. Para muchos estudiantes que empiezan la universidad como fuereños es la primera vez que viven fuera de casa, así que comienzan a ver por ellos mismos y se vuelven responsables de su propio cuidado. Todos, locales o foráneos, inician a relacionarse con muchas personas nuevas en el ambiente universitario; todos se enfrentan con cambios importantes en diferentes aspectos de su vida cotidiana, derivados en parte, pero no sólo, de las nuevas exigencias en los estudios. Adaptarse a la vida de la universidad involucra una transición académica en términos de nuevas demandas educativas sin la supervisión estrecha que podía todavía darse en la escuela medio-superior, además de transiciones personales, sociales y de estilo de vida (Maunder, 2013).

Sí, eh, soy una persona que aprende bastante viendo y escuchando, que leyendo. Entonces, tener que estar sin un maestro la mayoría de veces como que sí me cuesta más trabajo, como que tomar el libro por mi cuenta; de hecho es un hábito que apenas lo estoy aprendiendo, el de leer todos los días porque en bachillerato era muy fácil todo. No digo, no me refiero a que te regalaban las calificaciones, ni nada de eso, sino que yo en una leída ya me aprendía todo. De hecho, no llevaba malas calificaciones en el bachillerato, y no era de los que ¿cómo se les llama, matados? sólo iba bien y ya pero sí ahorita es la materia que más me cuesta porque no está el maestro y tam[bién], porque no tengo el hábito de leer diario. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

Estudié bachillerato en una preparatoria privada.. Aquí en la facultad, como que tienes que ser muy autodidacta y buscar, pues, tu propio conocimiento, lo tienes que adquirir tú. O sea, nadie te lo va a dar, ni nadie te va a decir "oye, estudia". Entonces eso sí, sí me costó muchísimo trabajo al principio, sí me costó mucho trabajo adaptarme a eso. (Natalia, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

En el caso de Ana, estudiante de tercer año, originaria de la ciudad de Oaxaca y residente con su familia, la autonomía y el sentido de responsabilidad se activaron en la universidad de otra manera. Ella estaba acostumbrada a que le tomaran nota de su asistencia a las clases durante la preparatoria; de repente, se vio a sí misma libre de entrar o no a clase, ya que nadie controlaba si ella asistía a sus cursos en la universidad:

Pues mi escuela era chiquita, nada más éramos cinco salones de prepa; entonces, pues, era cada quien tenía su salón y pues los maestros sí llegaban a tiempo y se iban a tiempo. Y aquí es como, no pues, van quince minutos y no llega; no, te puedes salir, no, puedes esperar hasta que sean casi los cuarenta porque hay algunos doctores que llegan, pasan lista y se van. Entonces, es como... era un... ajá, fue un cambio de "qué rayos, es completamente distinto a lo que yo estaba viviendo" y pues tener más que nada la libertad de me puedo salir a la hora que yo quiero de la universidad, nadie se da cuenta si estoy aquí o no; puedo ir, venir, salir, no entrar a clases, no me dicen, anda. (Ana, 21 años, estudiante de tercer año.)

Gale (2014) define la transición como la capacidad de dirigir o sortear el cambio. La capacidad de dirigir el cambio incluye los recursos para enfrentarse al cambio, sin tener control sobre éste, y/o el conocimiento sobre lo que involucra el cambio. Para este autor, existen tres modos de abordar al manejo de la transición en la educación superior como: inducción (períodos de ajuste de un contexto disciplinario a otro), desarrollo(etapas distintas de maduración de una identidad de estudiante a una identidad profesional) y el "convertirse en estudiante universitario"(transformarse de una realidad de vida a una experiencia subjetiva: En el caso de las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO es posible utilizar el término transición entendiéndola como "desarrollo"; es decir, como estadios de maduración distintos cualitativamente que involucran trayectorias de transformación de un estudiante y/o de una identidad profesional a otra (Gale, 2014). Es decir, las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO, viven, a su llegada a la carrera de medicina un proceso de transición doble, hacia una identidad de estudiante universitario y, al mismo tiempo, hacia una identidad de estudiante de medicina.

En años recientes, la Fac. Med. UABJO se ha organizado de alguna forma tomando en cuenta lo complejo de esta transición. Ahora, se realiza un curso introductorio para los alumnos de nuevo ingreso durante una semana previa al inicio del calendario escolar oficial, en donde se llevan a cabo actividades recreativas dentro de las instalaciones, organizadas por los alumnos de años superiores que funcionan como "guías", explicando a los nuevos estudiantes todo lo

que necesitan saber para enfrentar y superar favorablemente su propio proceso de transición.

Esta semana sirve además para socializar y conocerse:

Hay muchísimos [alumnos] y nos ponían muchos retos y hacíamos muchos juegos, entonces, toda esa semana nos la pasamos como jugando y conociéndonos entre todos. Y cuando nos asignaron el grupo, para el primer año de medicina ya conocíamos a varias personas. Varios de mi grupo eran con los que yo había estado en el grupo de los guías. Entonces era como para que el primer día de clases no nos lleváramos esa impresión de que no conocíamos a nadie (Sofía, 23 años, estudiante de tercer año, entrevista).

De manera parecida a lo que se experimenta en otras carreras, las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO viven este proceso de transición de manera diversa, con diferencias y similitudes entre sí, en cuanto al género, la clase social y si son capitalinos o foráneos.

La separación de la familia de origen y la importancia de las redes familiares

Así como otros estudiantes universitarios foráneos, las y los alumnos de medicina que llegaron a establecerse por la primera vez en la ciudad de Oaxaca desde otras latitudes y sin estar acompañados por sus familias, se encuentran expuestos a la novedad de vivir en un nuevo lugar, lo que para algunos, implica curiosidad y entusiasmo ante lo desconocido y la libertad de movimientos y decisiones, mientras que para otros puede conllevar situaciones de soledad, derivadas de las ausencias del entorno familiar y social cercano.

Los testimonios de las y los estudiantes revelan la importancia de las redes familiares para sostenerlos durante los momentos iniciales que pueden llegar a ser los más difíciles en esta transición; su ausencia se vive como un fuerte vacío emocional que hace más compleja la confrontación con las exigencias de la carrera:

Bueno, pues, al principio de la carrera fue difícil porque tuve que venir a vivir a Oaxaca, yo estaba muy apegada a mi mamá. Y porque, bueno, mi papá pues vive en México, nunca estuve con él pero... yo estaba muy apegada con mi mamá. Entonces, cuando vine a vivir acá, es [con] la familia de mi papá. Y como que yo no los conocía mucho, y se me complicó al principio porque... como tenía la presión de la escuela, llegaba a mi casa y como que a veces me deprimía el no estar con mi familia, que yo estaba acostumbrada, quería llegar y contarle a alguien y pues no había nadie porque no tenía esa confianza con la familia de mi papá. Entonces sí fue muy difícil al principio porque me sentía como sola y me sentía presionada, y pues no sé, los primeros seis meses fueron los más difíciles porque me tocó materias un poco complicadas, donde me dejaban mucho que estudiar. Y yo quería ya, a los seis meses ya quería salirme; le dije a mi mamá que ya no podía, y mi mamá me dijo que estaba bien, ella nunca me ha presionado ni nada, me dijo que estaba bien, que yo no me sintiera presionada que era... ella se sentía culpable por lo que me había dado la idea de estudiar medicina. Pero le dije que no, que no era su culpa, que yo quería hacerlo y eso fue lo que también me motivó como a seguir adelante, y pues sí me sentía mal pero seguía, seguía dándole, seguía estudiando y sí salí de eso. Pero fueron sólo los primeros seis meses que yo le hablaba a mi mamá, lloraba, estaba como desesperada, no sabía qué hacer, y luego que ella no podía venir a verme (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

El caso de Diana nos enseña cómo una estudiante foránea vivió su proceso de transición enfrentándose al cambio de ciudad de residencia además de un nuevo ambiente familiar que era desconocido para ella; la transición no fue fácil, menos, al principio. Sin embargo, Diana reconoce que fue justamente debido a estas experiencias que aprendió también a ser más independiente, a cuidarse sola y a hacerse cargo de su propia vida emocional. En estas circunstancias, el estudio demandante se vivió como una exigencia muy pesada, pero al mismo tiempo, la falta de tiempo le permitió manejar la ausencia de su núcleo familiar cercano, tratando de sobrellevarla día tras día. El estudio se volvió un refugio:

Ah, pues a estudiar. O sea, en primer año yo estudiaba muchísimo, porque me... pues era como que mi forma de entretenerme, de llenar como el vacío que sentía; me ponía a estudiar, mejor. Y, no lo sé, porque... (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

El ejemplo de Diana nos enseña cómo el núcleo familiar cercano o las redes familiares funcionan en muchas ocasiones como sostén emocional durante los primeros años de la carrera de Medicina para aquellos que las tienen presentes y cercanas, mientras su ausencia en algunas ocasiones puede provocar sentimientos de soledad que pueden incrementar el estrés que muchos estudiantes reportan haber experimentado en su proceso de transición durante los primeros años de la carrera. Uno de los aspectos positivos de las redes es precisamente que pueden evitar o contener problemas de salud mental, como el estrés y la depresión. Según la CEPAL (2007), se ha mostrado que la depresión está negativamente relacionada con el apoyo social; es decir, que las personas con bajos niveles de apoyo, suelen presentar una mayor sintomatología depresiva y viceversa.

Las redes familiares y sociales como estrategias de intercambio y apoyo, tanto formales como informales (Adler-Lomnitz, 1974; 1994) y en su relación con el concepto de capital social (Bourdieu, 1986), han sido estudiadas ampliamente por la sociología latinoamericana (además del estudio pionero de los años setenta de Adler-Lomnitz [1974], véase reseñas analíticas por Luna, 2004; Molina, 2001; y Portes, 1998); así como en la sociología norteamericana (véase Wasserman y Fausto, 1998). Las redes se conciben como una fuente primordial de recursos materiales y emocionales a las que se recurre, ante situaciones muy diversas (perder un empleo, enfermarse, cuidado de los hijos, falta de dinero, migrar o cambiar de residencia, búsqueda de trabajo, etc.), a nivel individual, familiar y/o de colectivos mayores. Las redes pueden ser más fuertes o más débiles, pueden ser verticales u horizontales y necesariamente varían en su naturaleza y capacidad de solicitud y/o respuesta, de acuerdo al nivel socioeconómico de las personas o colectivos sociales (Bayón y Mier y Terán, 2010).

Dentro de los testimonios de las y los estudiantes foráneos de la Fac. Med. UABJO pude escuchar e identificar la importancia de las redes familiares para plantear, en un primer momento, la posibilidad misma de que jóvenes puedan migrar fuera de sus lugares de origen para estudiar en la ciudad de Oaxaca. Muchas veces se busca el apoyo de manera inicial y las redes familiares incluso se forman por personas que no son afines a los estudiantes o no son familiares cercanos, lo que puede ser un factor adicional de estrés. Así lo describe Paty:

Y fue muy difícil vivir al principio en casa de mi tía. Pues de por sí con ella nunca ha sido como todo bien porque tiene, está discapacitada y está en silla de ruedas, pero pues no se esfuerza para hacer las cosas por ella misma; o sea, sí las puede hacer porque sí puede pero ella es así como que “ah, pues ya llegaste, entonces tú te haces cargo de esto, de lo otro, de lo otro” y no por ser mi tía pues así como que me prestaba el cuarto pero en realidad pues también le pagamos una mensualidad a ella. Y sí se me hace un tanto incómodo estar ahí porque pues ella es como que muy chocante, y aparte de que están mis dos abuelitos, los papás de mi mamá, y ella es muy grosera con ellos; entonces todo les exige les grita a veces los maltrata pues a mí me molesta estar en ese ambiente. Porque pues en mi casa todos nos llevamos bien, mi mamá está aunque no esté, pero mis hermanos no se quedan tenemos como que un orden en la casa, y aparte pues acá siento que está todo encerrado, no puedes salir. Y luego, por ejemplo, yo me meto a mi cuarto -pues a estudiar ¿no?- y ella así como “¿por qué te encierras?”, “salte” o “haz esto o haz lo otro”. O sea, no sé, de todo se molesta; entonces a mí como que no me gusta estar ahí (Paty, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Este testimonio revela algunas de las dificultades enfrentadas por estudiantes que no viven con su familia, sino con parientes más lejanos, incluso que no conocían previamente al inicio de la carrera. A veces, en lugar de encontrar una estructura de apoyo que les haga sentir cómodos y les permita centrarse en el estudio, los hacen más bien experimentar un mayor desgaste, puesto que además de los cambios a nivel escolar también tienen que confrontarse con el ambiente--no necesariamente propicio--en el nuevo hogar. Es común que estos cambios se establezcan de manera rápida, unas semanas antes del inicio de la universidad por parte de los padres quienes contactan a parientes o conocidos que viven en la ciudad de Oaxaca.

Los testimonios de las y los estudiantes tienden a remarcar en general la importancia de la familia de origen y no sólo para aquellos que son foráneos en la ciudad de Oaxaca. En el caso de algunos estudiantes que viven en zonas conurbadas a una o dos horas de distancia de la Fac. Med. UABJO, por ejemplo, seguir viviendo con su familia se vuelve indispensable para sostenerlos emocionalmente. En ocasiones prefieren hacer tiempos largos de traslado de su casa a la escuela de lunes a viernes, para poderse mantener cerca de su núcleo familiar, ya que consideran que su situación sería aún más difícil emocionalmente si no fuera así. Así lo expresa Marisa, estudiante de primer año:

Yo vivo bastante lejos y es mucho tiempo de traslado y a mí mi mamá me decía pues rentas un cuarto aquí y te vas en fin de semana, o algo así. Pero yo creo que para mí, en lo personal, es demasiado apoyo llegar a mi casa, y ver a mi mamá, y a veces cuando ando en este problema de, no sé, una crisis existencial. Eh, cuando llego a mi casa y le digo a mi mamá, para mí es... no sé, como... me siento más en paz; como que tal vez ya no me siento con tanto conflicto. Y yo durante el día sé que, bueno, voy a llegar y tal vez cuando llegue mi mamá me va a hacer de comer o, por ejemplo, mi mamá me hace el desayuno todavía. Entonces, para mí es mucho apoyo que mi mamá esté aquí, o que yo viva con mi mamá (Marisa, 18 años, estudiantes de primer año, entrevista).

Tomando como ejemplo el testimonio anterior, la mayoría de las y los estudiantes de medicina parecen estar muy conscientes de las adaptaciones emocionales que experimentan durante la carrera y de la importancia del núcleo familiar para sostenerlos durante este trance. Reconocen además la conveniencia de disfrutar de una cierta estabilidad que el núcleo familiar les proporciona, lo cual les permite despreocuparse de las necesidades cotidianas del hogar y de la alimentación. Se incrementa la dificultad para los estudiantes foráneos, quienes además de no contar con una red familiar cercana deben resolver problemas de índole económico, comprar comida, prepararla, lavar su ropa y realizar otras actividades básicas de índole doméstico que en su hogar de origen estaban resueltas.

En un contexto muy distinto al oaxaqueño (la Universidad de Adelaide en Australia), pero con algunas posibles similitudes, Michael Maeorg (2014) identifica algunos de los procesos de transición y adaptación de los estudiantes foráneos al llegar a la universidad, remarcando no solo las dificultades que estos viven, sino además las fortalezas comparativas que pueden tener sobre sus pares locales. Para este autor, los estudiantes foráneos ingresan con ventajas, estrategias y recursos que traen para enfrentarse a nuevos retos. Se reconoce la agencia de estos estudiantes en su construcción activa de identidades y relaciones en sus procesos de "convertirse en" estudiantes universitarios, observando que las relaciones que los foráneos establecen de manera primaria, son con otros foráneos o estudiantes locales de mayor edad a ellos.

Meorg (2014) reconoce también el reto que significa llegar a una universidad sin una red de amigos previamente creada, en comparación con los estudiantes locales los cuales tienden a tener sus propios grupos de amigos preexistentes; al mismo tiempo en que identifica algunas situaciones en las que resulta "fácil" para los alumnos foráneos de nuevo ingreso conocer a sus compañeros y hacer amigos en el primer año de universidad. Una de esas situaciones es asistir a fiestas, algo parecido a lo que pude constatar que también sucede en la Fac. Med. UABJO. Por ejemplo, es común que los alumnos de los últimos años de la carrera organicen eventos de apoyo para recaudar fondos para los estudiantes de quinto año que se graduarán

durante el ciclo escolar, uno de ellos es un evento que se denomina el “Cheletón”, en donde se invita a todos los alumnos de la escuela a convivir, escuchar música y consumir cervezas. Los alumnos relatan que es en estos lugares en donde pueden conocer a sus compañeros y darse cuenta quienes son foráneos o no, y de qué años son; incluso, este es el tiempo de conocer a sus pares de años superiores de la carrera.

Algunos autores reconocen que el proceso de transición al llegar a la universidad, es diferenciado entre alumnos de diversos estratos socioeconómicos. Para Devlin (2014), los estudiantes de los niveles socioeconómicos bajos frecuentemente experimentan estrés financiero que puede convertirse en una barrera para mantenerse en la educación superior impactando en las elecciones que hacen, por ejemplo, el modo de estudio, escoger la institución, también sus experiencias diarias como estudiantes. “Las presiones financieras y la presión de tiempo afectan mayormente a muchos estudiantes de nivel socioeconómico más bajo, en comparación con sus pares de nivel socioeconómico medio o alto: es común que enfrenten la necesidad de balancear el estudio con un empleo para complementar los recursos necesarios para mantenerse. Ante estas múltiples presiones, la educación puede frecuentemente perder prioridad para estos estudiantes” (Devlin 2014:107) .

Devlin (2014) sostiene que los estudiantes de clase baja pueden tener mayor dificultad al adaptarse a la vida de la universidad por la incongruencia existente entre su propio capital cultural y la cultura de clase media que prevalece en la educación superior. Bayón (2019) subraya que la experiencia escolar entre adolescentes preparatorianos de sectores populares en México es una experiencia subjetiva atravesada por la clase social.

El discurso meritocrático que permea el sistema educativo invisibiliza y legitima las desigualdades y desvía la responsabilidad individual ante resultados escolares insatisfactorios. Román (2016) en su trabajo sobre el valor de la educación para las familias mexicanas, sostiene que, en la medida en que el hogar puede considerarse el espacio de mediación entre el individuo y la estructura -el contexto socioeconómico que lo rodea--ahí es donde se determina el acceso individual a los recursos y se decide cómo se van a distribuir. Por lo tanto, la toma de decisiones en relación con la distribución de los recursos en el hogar puede tener un efecto en las oportunidades que se brindarán a los hijos, incluyendo su educación.

El caso de Omar, un alumno de 24 años de estrato socioeconómico bajo, cuyos padres apenas terminaron la educación primaria nos muestra como el momento de su ingreso a la Fac. Med. UABJO fue de suma importancia, puesto que las expectativas de movilidad social hicieron que toda la familia hiciera del ingreso de Omar a la facultad, un proyecto familiar.

Es así como sus padres han contribuido, en la medida de sus posibilidades, a los gastos de la carrera, en los que también han colaborado integrantes de la familia extensa:

Posteriormente, cuando empecé en tercero con los ciclos clínicos y todo eso, pues necesitaba un estetoscopio. Entonces, pues le dije a mi papá para que me comprara uno de los sencillos, pero escuchó mi tío y me dijo "¿Y cuánto cuestan los buenos?". Y le dije, no, pues es que están caros, cuestan como tres mil pesos; y, pues, igual mi tío no es muy pudiente pero acababa de hacer un trabajo en el cual le había ido bastante bien, y me dijo "pues, pídelo" y me dio el dinero, me regaló mi estetoscopio. (Omar, 24 años, alumno de tercer año).

En general y de manera parecida a alumnos de otras carreras, las y los estudiantes de medicina construyen una identidad de “estudiante universitario”, al vivir el proceso de transición derivado del ingreso a la universidad. Se trata de una identidad personal pero que se comparte entre todos y que los acomuna como tales.

En su estudio con jóvenes del CCH, Hernández (2006) se enfoca hacia la transición que estos jóvenes viven al convertirse en estudiantes, revelando como éstos construyen su identidad “de estudiantes” acomodando su vida juvenil a sus estudios ya que en la escuela, las actividades juveniles “gratificantes” se ajustan a las demandas de mantener una continuidad en el “trabajo escolar”. La construcción de la identidad articula un discurso moral sobre la libertad y la responsabilidad, así como alrededor de la maduración en tanto personas. Su vida juvenil se acomoda a los contextos que frecuentan y responde especialmente a una búsqueda de compatibilidad con las actividades de estudio. Estas dos facetas de su experiencia los hacen diferentes a otros jóvenes y les da un sentido propio a su identidad. “El ser joven y estudiar es una experiencia social compleja, en tanto demanda conjuntar actividades de tipo juvenil con otras enfocadas al estudio” Hernández (2006) El entorno universitario permite la realización de distintas actividades así como dota de sentido y provee una interpretación de la vida juvenil entre los diversos grupos y los dos sexos.

Aunque entrar a la carrera de medicina les exige un cambio en los hábitos de juego y esparcimiento, observé que, tanto en horario matutino como vespertino, las y los alumnos se involucran en actividades deportivas, conversan entre sí, tienen momentos sociales de diversión, ríen entre ellos, comparten chistes y comentan en redes sociales, entre otras múltiples actividades de socialización. Estas actividades se realizan siempre y cuando los horarios de clase lo permitan, entre una clase y otra y en los recesos. Así, lo expresa Andrea:

En el patio frontal de la escuela hay una red para jugar volleybol además de una portería para futbol, miro como a veces entre clases las y los alumnos juegan “la reta”, si el horario lo permite (Andrea, estudiante de tercer año, entrevista).

Hernández (2006) identifica la existencia de una tensión entre la vida juvenil y el estudio que se resuelve, la mayoría de las veces, con una reafirmación de su identidad como estudiantes. Algo parecido sucede con los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO: ellos toman posiciones y valoran sus experiencias, destacando en sus apreciaciones el trabajo académico que hacen para completar sus estudios y el proceso de formación que experimentan como personas. Expresan un discurso moral que vincula su identidad juvenil con lo que significa para ellos la libertad y la responsabilidad en esta etapa de la vida centrada en sus estudios.

“Siento que valgo lo que mis calificaciones”: La transformación en estudiantes de medicina

Además de vivir la transición a estudiantes universitarios al igual que otros jóvenes de otras carreras, estos chicos y chicas experimentan también la transformación más específica de volverse estudiantes de medicina; una carrera que es demandante y estresante por la carga de trabajo, las largas horas de estudio, la necesidad de una mayor autodisciplina, de aprender a estudiar, memorizar rápidamente y desvelarse. Sus vidas, desde su ser jóvenes pertenecientes a un entorno social específico, se ven sometidas a cambios a partir del momento en que inician a cursar la carrera.

Este proceso implica aprender a estudiar de otra manera, dedicarse largas horas a los estudios, tratar de alcanzar promedios altos en sus calificaciones, enfrentar a ciertos profesores que confrontan y descalifican y, en ocasiones, renunciar a la socialización y al esparcimiento propios de ser jóvenes¹⁸ o, si no renunciar, reducir notablemente el tiempo dedicado a la diversión. Para estudiantes que además vienen de un nivel socioeconómico bajo, a estas presiones de corte académico y social, se les une además la presión económica de costear una carrera que implica gastos importantes. En lo que sigue, se presentan y se profundizan estos aspectos que, considero, son específicos a la carrera de medicina.

Las presiones académicas

Las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO enfrentan una fuerte presión para ser exitosos en los estudios en una carrera donde las calificaciones son valoraciones acumulables que tienen

¹⁸ La literatura reporta (Ferrer y otros ,2002)) un fuerte debate en cuanto a de qué jóvenes se está hablando en cuanto a procesos de socialización y transformación identitaria como tales, ya que hay una visión hegemónica de lo que implica ser jóvenes universitarios que refleja ideas de clase media urbana como si fueran universales. Aun reconociendo que hay una amplia gama de experiencias juveniles y más aún en un entorno socioeconómico y sociocultural tan diverso como Oaxaca, en nuestro estudio efectivamente la gran mayoría de los y las jóvenes universitarios se autoperiben justamente como de clase social media, como se reportó en el capítulo uno, por lo que nos atrevemos a hacer esta afirmación generalizada.

una influencia directa en su desempeño y futuro como estudiantes. Desde primer año, las y los alumnos tienen la posibilidad de escoger el grupo al que pertenecerán en segundo año y los demás años, dependiendo de su promedio. Esto significa que pueden acceder a los maestros que ellos consideren mejores. Posteriormente, al término del quinto año de medicina, sus nombres aparecen en una lista que está ordenada por promedios, en donde a través de estos escogerán su plaza de internado médico de pregrado, lo que significa que el siguiente año dependerá de sus calificaciones si vivirán en la ciudad de Oaxaca, haciendo el internado en alguno de los hospitales de segundo nivel ó tendrán la oportunidad de acceder a un hospital de tercer nivel como, el Hospital de Nutrición en la Ciudad de México o un hospital básico comunitario en alguna de las regiones del interior del estado. Al término del internado, nuevamente sus nombres aparecerán en una lista de mayor a menor promedio para acceder a las plazas de servicio social, en donde es posible que escojan el sitio en donde lo realizarán y, si su promedio es alto, tengan posibilidades de escoger una plaza cercana a la Ciudad de Oaxaca. El obtener buenas calificaciones y mantener un buen promedio se vuelve una aspiración importante, como menciona una estudiante de tercer año:

Sí, el promedio es bien importante, yo sí creo que -más que en otras carreras- yo creo que en medicina el promedio vale mucho (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Muchos de ellos refieren una historia previa de éxitos escolares demostrados por buenas calificaciones en el bachillerato; al ingresar a la carrera de medicina los y las alumnas se someten a un esfuerzo constante por demostrar su capacidad a sí mismos/as y a los demás, midiéndose a través de las calificaciones que reciben. Viven así un nivel importante de estrés desde el inicio de la carrera; si bien es aceptable cierto grado de tensión, no todos los estudiantes lo resuelven de manera adecuada (Ferrer y otros, 2002). Sobre todo en el primer año es bastante común reprobar una materia o recibir una nota baja; cuando esto sucede, la percepción de su propio valor puede ser considerablemente afectada. Así lo recuerda Mario, estudiante de tercer año, en relación a su propia experiencia con el examen de anatomía en primer año:

Viene el primer examen de anatomía y saco un cinco... ¡Cinco! Que jamás en la vida, había sacado una calificación debajo de ocho. Y de repente, saco un cinco, cinco, sentí que dije... O sea, todo se me movió... Todo el cielo, todo el piso, se me movió, dije, "o sea... Güey, o sea, de verdad, te tienes que poner a estudiar". "Esto no es un juego, o sea... de verdad... no es lo mismo a cuando estabas echando relajo en el bachillerato". Entonces, creo que, ese primer departamental me abrió los ojos. Dije, "no, no se puede, o sea, no se puede". Que claro, que me decía, después, ya después de... un tiempo, decía, "ve... viendo las calificaciones de mis amigas, no estoy tan mal (Mario, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

En muchos de ellos, los programas y las exigencias escolares generan miedo, una sensación de incompetencia, enojo hacia sí mismos y hacia la escuela, sensación de ser inútiles para estudiar la carrera de medicina, lo cual puede producir respuestas psicológicas y físicas negativas importantes en ellos.

La opinión que tienen sobre sí mismos cambia a medida que obtienen calificaciones reprobatorias, muchos se centran en que son ellos los incompetentes o los irresponsables por haber fallado, reflejando sentimientos profundos de decepción hacia sí mismos.

Creo que la cosa que más... negativa que más me marcó creo que sí fue -más bien- la segunda vez que reprobé el examen de anatomía y entonces, eh... Porque la primera vez sentí que tal vez no estaba preparada, no sabía cómo funcionaba nada y la segunda vez cuando ya más o menos había agarrado la onda y según yo ya había estudiado y me había esforzado y tampoco funcionó, creo que fue cuando, fue como un momento en el que me sorprendí de no poder, y me decepcioné un poco. La decepción en ese punto pues, por mí, porque en ese punto yo ya sabía que era, dependía de mí, yo tenía que leer y no logré hacerlo, no logré hacerlo bien. Entonces, sí. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

Hay también voces discordantes con respecto a darle tanta importancia al promedio. La misma alumna que declaró la importancia de las buenas calificaciones en un testimonio previo, matizó su comentario anterior de la siguiente manera:

Pero también siento que al momento de llegar a tu internado aunque tengas 9.8, 10 de promedio, si no aprendiste o no sabes hacer, pues el perjudicado va a ser pues la persona que tengas enfrente ¿no? Y ya no es como estar jugando con algo que pueda corregirse o no, sino que siento que errores de ese tipo pues sí tienen consecuencias graves y, al menos a mí, no me gustaría que algún familiar mío estuviera en manos de un médico que tiene muy buen promedio pero que no ha aprendido. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Sin negar la importancia del promedio y el valor simbólico que imprime sobre los estudiantes, Marisol aclara así que no siempre quien tiene el mejor promedio es él que sabe más, y para ella a la larga el tener el conocimiento médico es más valioso que el promedio. En otras palabras, esta estudiante cuestiona que la calificación por sí sola refleje lo aprendido y garantice el conocimiento acumulado necesario para ejercer la profesión de manera competente.

Al igual que sus pares en otras escuelas de medicina, las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO, enfrentan largas horas de estudio. En esta carrera, la mayoría de las tareas es sobre memorizar un tema, que generalmente contiene terminología nueva para los alumnos. En la facultad, el plan de estudios comprende algunas materias de duración anual, por ejemplo, anatomía humana y ginecología. Esto significa que los alumnos tendrán clases de una hora diariamente durante un año. En algunas otras escuelas, la duración de estas dos materias es semestral, esto quiere decir que el contenido total del plan de estudios se revisa en menos

tiempo por lo que los alumnos necesitan memorizar, en el caso de la materia de anatomía (casi siempre) terminología que desconocen, así como la localización de estructuras anatómicas, mismas que les exigen aprenderse al pie de la letra para aprobar un examen, todo esto en menos tiempo. El hecho de que en la Fac. Med. UABJO la materia de anatomía sea anual podría dar mayor tiempo para abarcar el contenido de la materia. Para aprobar un examen que contiene gran cantidad de términos memorizados, es importante que los alumnos desarrollen autodisciplina para el estudio, puesto que resulta prácticamente imposible aprobar, si se estudia solo un día previo al examen. Para esto es necesario aprender a estudiar con técnica mnemónicas, por ejemplo memorizando imágenes con Atlas anatómicos para iluminar, o cuadros sinópticos o mapas mentales para tener el contenido de un examen parcial listo en la mente para poder aprobarlo con una buena calificación.

Debido a que los horarios de clase en la Fac. Med. UABJO son muy dispersos, los alumnos deben desarrollar estrategias diversas para cubrir el total de material a memorizar para una materia, esto puede incluir desde reducir los tiempos de traslado a sus casas quedándose en la escuela a estudiar entre clases, hasta forzarse a estudiar quedándose en la biblioteca de la escuela, y en muchas ocasiones continuar el estudio de las materias pendientes por las noches o madrugadas.

Después tengo libre, hasta las... 8:00. Entonces, antes no tenía ese tiempo libre, pero ahorita sí, y pues ese libre, ese tiempo libre...

(Sol) Pero no te puedes ir de la escuela, te quedas por aquí.

Pues me quedo acá, voy a comer... y me pongo a leer, hasta las 8:00, de 8:00 a 9:00 tengo mi última clase que es clínica. Ya salgo a las 9:00 y... bueno, en este semestre estoy aplicando la de, lunes me quedo en la biblioteca [en la noche] y ya martes me voy, miércoles me quedo... (Abraham, 22 años, alumno de tercer año, entrevista.)

Las y los alumnos desarrollan estrategias para aprovechar el tiempo entre clases por lo que en la mayoría de las ocasiones traen consigo textos en PDF, copias o impresiones para avanzar diariamente y con constancia en los temas:

Me funciona mucho mejor porque llevo un mejor orden, llevo el control de qué es lo que tengo que leer, así no me voy a estar desviando con "ay, voy a leer otro poquito", "voy a leer de esto"; no, es concreto lo que voy a leer para mi clase. Eh, me funciona más subrayar que hacer como mapas conceptuales, lo que hago es anotar, eh, a lo mejor sí hacer mapas pero durante la clase -con lo que van explicando- hacer pequeñas notas y observaciones, pero de lo que yo leo pocas veces hago resúmenes, mejor subrayo. (Sofía, 23 años, alumna de cuarto año, entrevista.)

Según los testimonios, las y los alumnos se ven expuestos a situaciones que les demandan adaptaciones particulares y adicionales al hecho de estudiar medicina, tales como "no saber estudiar o no tener un método de estudio" adquirido durante el bachillerato. Aprender a

estudiar o desarrollar un método de estudio que les resulte funcional, incluye estrategias como reunirse en pares o grupos de amigos en donde es más fácil memorizar el tema por medio de preguntas y respuestas, además de que es posible medirse en relación a sus compañeros para saber cuál es su nivel de seguridad para aprobar los exámenes:

Sí, de hecho, pues está la biblioteca infantil, acá, la BS. Y es a la única a la que yo he ido, no he ido a las del centro. Pero, por ejemplo, en estos días de huelga, he quedado con una amiga -con dos amigas- pero sólo una llegó; y nos quedamos a estudiar en la BS, y a veces hacemos preguntas entre nosotras, decimos: vamos a leer un capítulo, y al terminar nos hacemos preguntas. Como que esa es una forma de, como de no perder el ritmo entre nosotros porque a veces tú en tu casa solito, no te pones a leer pero ya si retas a tu amigo y le dices "oye, vamos a leer y luego nos preguntamos" como que ya te motiva y te pones a leer; y es lo que yo he hecho con algunos amigos, que quedamos de leer en una biblioteca, y ya nos vamos, leemos y ya nos preguntamos. Y cosas así. (Diana, 21 años, estudiante de tercer año , entrevista.)

Las alumnas y alumnos viven múltiples presiones y situaciones de estrés en clase, las cuales ocasionan que varios compartan frecuentemente la idea de abandonar la carrera. No se trata solamente de aprender a estudiar, utilizar bien el tiempo, saber el tema o saber responder un examen, sino que además, como estudiantes, es común que en algún momento sobre todo al inicio de la carrera, se confronten con profesores que comparten la idea de que la Fac. Med. UABJO vale más que otras facultades/carreras porque implica mayor dificultad. Se trata de una representación social hegemónica de cómo estudiar y qué implica estudiar medicina, que involucra en muchos casos la idea de que se "debe aprender con mucho sacrificio y dolor, casi con sangre".

El mostrar así a la carrera de medicina y enseñar así ciertas materias, para algunos profesores es como un rito de iniciación, donde no solo no se ofrece mucho apoyo emocional para los alumnos, sino de manera intencionada se les hace más difícil cursar estas materias con una serie de estrategias que constantemente ponen a prueba a los alumnos y los hacen dudar de sus capacidades. Una de ellas, es confrontar continuamente a los y las alumnas en clase frente a sus demás compañeros denigrándolos en caso de no contestar adecuadamente. Así lo describe, Sofía, estudiante de cuarto año:

Ah, bueno, es que [el maestro] empezaba -digamos- con el primero de la fila y decía "a ver, ¿tú qué estudiaste?" y ya decía "no, pues estudié tal cosa" y él decía "¡no! a ver, el que sigue, a ver el que sigue". El problema era que, por ejemplo, de acuerdo con el lugar donde empezaba, los últimos ya no tenían muchas cosas [nuevas] que decir. Decía "estás repitiendo lo mismo que me dijo tu compañero" o "tú no estudiaste" o "tú no sabes". Y a veces decíamos "pero es que es lo que me sé". Entonces uno rogaba casi porque tu compañero no dijera lo que habías estudiado. (Sofía, 23 años, estudiante de cuarto año, entrevista.)

Además de estos acontecimientos que, además de humillación y tensiones provocan rivalidades y competencias entre los alumnos en la cotidianidad de esas materias, en ocasiones el no contestar durante la clase, origina la expulsión del curso por algunos maestros y el derecho únicamente a examen extraordinario.

Estas vivencias se normalizan a tal punto por parte de los alumnos que, conforme avanzan los años de la carrera, estos recuerdan haber logrado transitar por esas materias y haberla librado con cierto grado de éxito, casi como trofeos de guerra.

Mi doctor de metodología nos decía: si cuando salgan de primero no tienen ocho, pues ya mejor váyanse y hagan otra cosa. O decía como “no, pues mejor váyanse ahorita y váyanse a enfermería, enfermería es algo muy similar, hay poca gente, no sé qué”. Y es algo en general que los doctores de Medicina casi todos hacen porque, o sea, no... quiero decir en vez de ser como otros -los maestros de otros niveles- en donde tal vez te dicen como, no sé, estudie, haz esto, haz aquello; te apoyan un poco, te dan consejos, o cosas así. Al contrario, creo que te hundan y, en general, la vibra de la mayoría de los estudiantes no es muy buena en este punto; siento que todos estamos como de ¿qué estoy haciendo?, ¿lo estoy haciendo bien o no? Y a veces nosotros tenemos conflictos emocionales y ellos los agrandan a veces como de “no, pues no deberías estar aquí, para qué estás aquí” y creo que, no sé si en... cuando ellos estaban estudiando no lo sintieron o ya se les olvidó o no sé; pero creo que en vez de crear un ambiente de apoyo, y así, es completamente lo contrario. Y pues son fríos con nosotros, en general. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

Además de vivir constantemente presionados por la carga de estudio a la que deben responder y a estrategias "pedagógicas" como las que acabamos de describir, las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO se ven expuestos a desarrollar estrategias para mitigar los ausentismos de algunos de sus profesores o los largos periodos en los que la escuela permanece cerrada debido a los paros laborales.

Por lo regular no lo cubrimos todo, entonces cada quien estudia en su casa y, pues, a como te vaya casi, casi. Porque, pues, aunque le toque ir a dar las clases, pues si no llega, él da el tema por visto. Luego a veces dice “no, pues saben qué, damos este tema por visto”, por mensaje le avisa a nuestra jefa de grupo, y ya, dice vamos a ver tal tema tal día y así se la lleva, pues. O sea, ya es depende de nosotros, pues, de nosotros es estudiar por nuestra cuenta. (Paty 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Pues ahorita he tratado de... porque, sí, como que cuando no hay clases no siento la presión de "tienes que estudiar" pero ahorita sí como hemos tenido muchos doctores que nos llevan a sus consultorios o nos dan clases extramuros, sí como que me siento con la responsabilidad de; a veces se te olvida, cuando hay huelgas, que tienes que estudiar y estás apresurada ya cuando están clases pero ahorita sí he tratado de leer -mínimo- mi libro o... he hecho mis presentaciones con diapositivas. Eh, sobre todo los doctores que nos dan clases, eso también pues te obliga a estudiar, quieras o no. (Natalia, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Frente a las exigencias de la carrera de medicina -exigencias seguramente mucho mayores que durante los estudios de la media superior- la gran mayoría de las y los estudiantes enfrentan una situación inicial de shock que necesitan procesar, cada quien como pueda:

En cuanto a los cambios emocionales que yo veo en mis compañeros, pues creo que hay algunos que yo los veo completamente iguales, y no sé cómo harán. Pero sí hay algunos otros que creo que están como en la misma sintonía, eh, la mayoría -que todos- y que yo a veces también. Que no saben si están en el lugar correcto ¿no? Que no saben si de verdad esto es para ellos, si de verdad van a poder. Y, a veces, nosotros -lo he visto en la mayoría de nosotros- que nos presionamos a nosotros y a veces no nos salen las cosas y nos preocupamos mucho por nuestros papás por lo que dicen por qué van a decir cuando les diga, porque no les puedo decir, porque no vayan a venir, porque esto. Entonces, eh, creo que todos estamos preocupados porque no nos salen las cosas y todos estamos confundidos porque tal vez no estamos en el lugar correcto. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

El aislamiento social

Aunado a las exigencias y el estrés académicos, para las y los estudiantes de medicina la forma de relacionarse con sus pares jóvenes cambia en relación al tiempo que invierten en el estudio, asistencia a clases en la facultad o, posteriormente, en los ciclos clínicos.

¿Cada cuánto sales?

Cada... a veces, cuando (...) cada semana, si no cada dos semanas, cada tres semanas, cada que haya... no exámenes.

Ok, y cuando sales ¿qué haces? Si no te gusta tomar.

Depende, mmmhhh, depende de lo que tenga ganas, realmente. Es... espontáneo, a veces salgo a... pues hay centros ecoturísticos, lugares que ver, cascadas. El cine, me gusta mucho el cine, me gustan mucho los videojuegos. (Abraham 18 años, alumno de primer año, entrevista.)

Esta situación es algunas veces incomprendida por sus pares que no estudian medicina. Así lo expresa Mario, un alumno de 22 años de tercer año, al referirse a las exigencias de la carrera que lo ha hecho separarse de sus amigos:

Nos aparta de muchas cosas, y mis propios amigos. A veces sentía, que de otros, de otras ramas, sentía que no lo entendían muy bien. Este, que yo tenía que estudiar, que tenía muchos exámenes, todo eso. Y ellos no entendían esa situación de... "Vamos a, salir, vamos a chelear." Y yo: "no, no, no aguanto" (risa)... "tengo que cosas que hacer". Y ellos se enojaban, y entonces, mejor me aparté de ellos. (Mario, alumno de 22 años, tercer año de medicina).

Al mismo tiempo, debido a la cantidad de horas invertidas al estudio y a la asistencia a clases presenciales, hay alumnos que se ven obligados a cambiar actividades extraescolares que realizaban previamente a su entrada a la carrera, lo cual les ocasiona también un mayor aislamiento de su círculo social de conocidos y amigos.

Sí, porque al menos pues yo estaba allá y salía tarde, porque también en el bachillerato salía tarde; entonces como que salía, por ejemplo, de la escuela a las 7:00 pero de 7:00 a 9:00, de 7:00 a 8:00 iba a cursos de inglés y de 8:00 en adelante iba a entrenar. Entonces yo salía muy tarde, llegaba muy tarde a mi casa pero yo siempre me iba caminando, y así, como que le avisaba a mi mamá y mi mamá ya bajaba a alcanzarme. (Paty, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Algunos alumnos al comentar sobre la opinión de sus compañeros de bachillerato sobre el hecho de que estudien medicina, reportan que los demás dicen que no tienen vida social. Ramiro lo expresa de esta manera, reafirmando sin embargo, su firme decisión que medicina es lo que él sí quiere estudiar, aun si implica sacrificios como el aislamiento social:

Este, pues para empezar, dicen que... que no tengo vida (risas) por estar estudiando medicina, y que si en verdad quiero hacer eso, que si en verdad me gusta. Y sí, siempre me ha gustado; sí, he estado en cirugías, he visto varias cosas y he leído, pues, suficiente como para decir que sí me gusta. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

Las presiones económicas

La carrera de medicina es por sí misma una carrera cara, que involucra gastos importantes en libros y material para estudio y práctica clínica desde los primeros años. Las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO despliegan estrategias de adaptación para cursar la carrera y enfrentar los gastos dependiendo de su clase social. Dentro de la variedad de estudiantes provenientes de distintos estratos socioeconómicos, varios tienen permanentemente el apoyo económico de sus padres; sin embargo existen otros casos en que son los propios alumnos quienes buscan estrategias para permanecer en la carrera a un bajo costo; aprenden a “abaratarse” los gastos, ya sea por medio de la compra de libros en copias o en formato PDF, así como compartiendo el material para uso en prácticas, como son los estuches de disección o de diagnóstico.

En el caso de los estudiantes que se autoadscriben de clase media y alta, ellos son generalmente apoyados económicamente por sus padres, por lo que la adquisición de material no resulta ser un problema:

Sí, tengo libros, pero no me cuesta trabajo.

¿Quién te los compra?

Eh, a veces mi papá, a veces mi mamá; depende de quién, a quién le pida dinero (risas).

¿Cuánto cuesta el Grey, por ejemplo?

-El Grey creo que cuesta \$1,100.00, y el Moore creo que vale lo mismo. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, nivel socioeconómico alto, entrevista).

Algunos alumnos que son apoyados por sus padres buscan de todas maneras opciones de lectura que sean más convenientes y costeables:

Mmm... pues no, no. O sea, intentamos, pues yo intento -por ejemplo- pues compramos muchos libros ¿no? se supone, y yo realmente sólo he comprado el Anatomía, y los demás libros los tengo en digital; entonces y yo intento como hacer los gastos menos difíciles, pero pues cuando le pido dinero no hay problema. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista.)

En el caso de los alumnos de nivel socioeconómico bajo, ellos deben buscar opciones para tener el material de estudio, como conseguir fotocopias, o lecturas digitales en PDF, incluyendo a libros completos en formato electrónico para lectura, incluso en el celular.

Dentro de las redes sociales de las y los estudiantes de Medicina, circulan constantemente anuncios en los cuales se ofrecen libros fotocopiados o incluso libros usados a menor precio para las siguientes generaciones.

Sí, porque hay muchas personas que prefieren comprar la fotocopias, eh, sí (risas). De hecho, eh, uno de mis amigos como que hizo negocio de eso porque creo que hasta sacó, este, vendió como unos 30, 40 libros de fotocopias (risas). De su propio libro. De, no, de... no sé bien ahí qué onda pero se supone que en una imprenta él fue a sacar sus fotocopias, entonces él siempre tuvo libro de fotocopias; entonces ya él por el grupo, un grupo de Facebook, de Whatsapp dijo que quién quería libros que vendía libros él a \$300.00. O sea ahorrarse \$700 yo considero que está bien ¿no? (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

A partir del tercer año de la carrera de Medicina, durante los ciclos clínicos y en la materia de Clínica Propedéutica, las y los estudiantes deben tener acceso a un estuche de exploración que varía en marcas y precios pero que generalmente cuesta más de mil pesos, además de un estetoscopio. Este material les servirá para llevarlo a las clases en donde aprenderá cómo utilizarlo, pero también para los ciclos clínicos. Los estudiantes no reportan actitudes de señalamiento entre ellos o sus profesores por la marca de estuche que compran; esto se contrapone a mis supuestos iniciales, donde pensaba que era imprescindible contar con un material de diagnóstico de marca reconocida para poder asistir a clase y que eran los profesores quienes hacían distinciones entre quienes llevaban uno u otro tipo de material. La realidad que los alumnos de la Fac. Med. UABJO viven es diferente:

Los maestros son flexibles, no nos están diciendo, "quiero un Littmann" [la marca de estetoscopio más cara]. Entonces, yo, por ejemplo, la... me inicié con un estetoscopio que, y un baumanómetro, que tenía un costo de, en ese entonces, ciento veinte pesos. De hecho, casi, casi, o sea, son unos menos los que piensan que los Littmann, con eso se escucha, no. El que sabe escuchar, sabe escuchar con el que sea. (Mario, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Es justamente aquí donde encontré que entre ellos se desarrollan actitudes de compañerismo y solidaridad, en el que lejos de competir o señalar, se comparte el material para estudio:

Por ejemplo en los ciclos, hay un compañero que no lleva estetoscopio, y como nos mandan a veces en pareja o en grupitos, a mí un día me tocó con él, y pues yo le prestaba mi estetoscopio, mi lamparita; sin problemas. Porque pues ahí no te exigen; sí te dicen tienes que llevarlo porque a veces te va a tocar y tienes que llevarlo, pero no te obligan. Entonces, cuando él no tenía y le tocaba explorar pues yo le prestaba sin problema mi estetoscopio. O un día me quedé yo sin pila, y otro compañero me prestó su lamparita. Y no, o sea, aquí como que siento que; bueno, al menos en mi grupo o con mis conocidos, no nos echamos

así como... no nos hacemos feo, al contrario, nos apoyamos. (Diana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

En general, se puede afirmar que las presiones académicas, las sociales y las económicas se viven de manera cotidiana reconociendo explícitamente los sacrificios y la adaptación que esta carrera implica. Sin embargo y más allá de las diferencias innegables de extracción social, lugar de procedencia, género y/o personalidad, las y los estudiantes comparten entre ellos esta transición, construyendo una identidad colectiva que logra expresarse en manifestaciones a veces de rivalidad o de solidaridad entre ellos, como estrategias comunes para sobrevivir y sobrellevar esos cambios.

Para las y los jóvenes de la Fac. Med. UABJO, el convertirse en estudiantes de medicina moviliza recursos propios, ocasionando cambios en sus propias autopercepciones, racionalidades, cuerpos y emociones; así mismo ocasiona también la movilización de recursos familiares. Cada quien lo hace con los recursos personales, sociales, materiales y emocionales que tiene a su alcance.

Del entendimiento de estas situaciones depende el comprender el cambio identitario específico que estos y estas estudiantes experimentan durante la carrera de medicina, lo cual contribuye indudablemente a la construcción de su identidad profesional como futuros médicos. Al mismo tiempo, su propia identidad personal influye y les permite construir una identidad profesional propia; es decir, una identidad que comparte rasgos colectivos pero que lleva impresos también sus rasgos personales.

Los relatos de vida

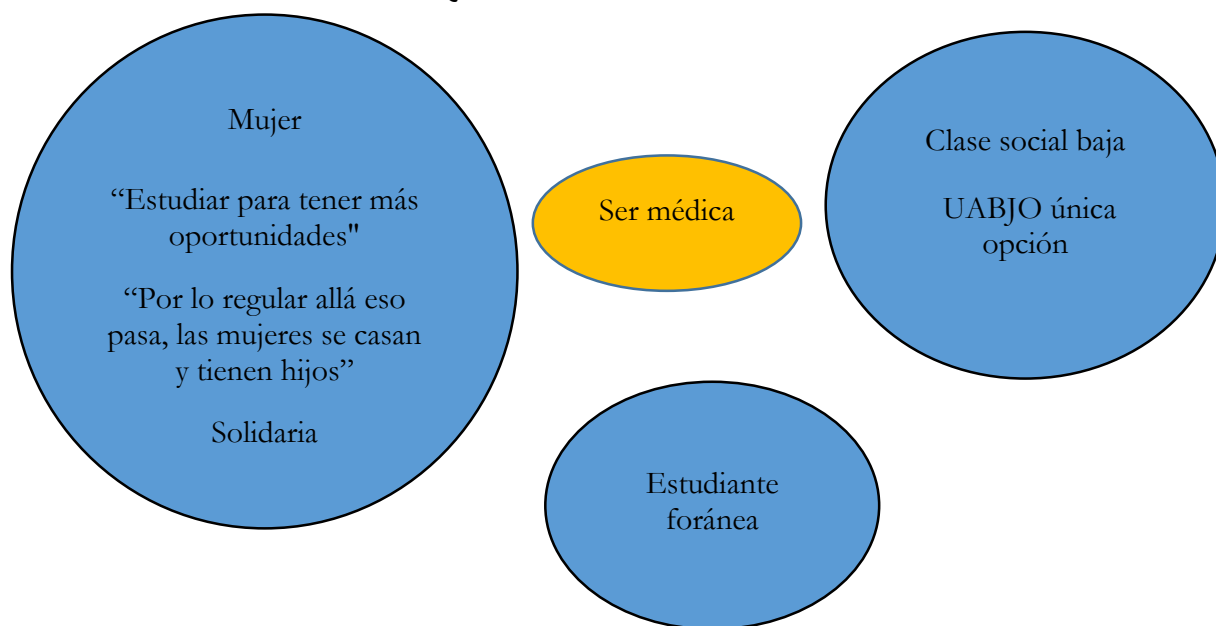
En este apartado, pretendo acercarme a estas características más personales, entremezcladas con la formación de esta identidad colectiva como estudiantes de medicina, a través de los relatos de vida de cuatro estudiantes que, de alguna manera, reflejan la diversidad actual de alumnos y alumnas que están cursando la carrera en la Fac. Med. UABJO.

Con estos relatos, se busca conocer no sólo lo individual, sino lo social a través de lo individual (Bertaux 1988). Los relatos de vida de estos estudiantes incluyen el análisis de su perfil personal y familiar; los temas que son comunes a ellos y los que no lo son, mediante el estudio comparativo de los mismos, centrándome en el momento de convertirse en estudiantes de medicina como una transición y en las adaptaciones a la escuela de Medicina y experiencias en ella. Los casos seleccionados exponen algunas de las principales variaciones

que encontré entre las y los estudiantes de medicina. Los relatos son reconstrucciones derivadas de sendas entrevistas a profundidad con estos y estas alumnas. Con su selección, trato de expresar la pluralidad de identidades personales que, al enfrentarse a esta carrera, se modifican hasta adquirir una identidad profesional médica que tiene elementos colectivos comunes pero también características propias en cada caso. Es importante mencionar que los cuatro casos seleccionados presentan características singulares por sí mismos, pero sin querer restar importancia a los once casos restantes de estudiantes con quienes también se trabajó a través de entrevistas semiestructuradas. Los relatos incluyen un diagrama inicial que sintetiza cómo los diferentes aspectos de la identidad personal de estos alumnos se mezclan con la identidad colectiva de ser estudiante de medicina, como elementos importantes en la conformación de una identidad profesional con matices particulares para cada estudiante. Propongo que en la construcción de la identidad profesional médica, las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO sintonizan sus diversas identidades a manera de “subir y bajar el volumen” a cada una de ellas, para conformar finalmente una identidad profesional médica propia.

El relato de Diana

¿Quién es Diana?



Diana es una joven de 21 años que estudia el tercer año de Medicina. La primera vez que yo la vi pensé que era mucho más joven, por su manera de vestir y de hablar. Vivió en

Tehuantepec, una ciudad a seis horas de distancia en autobús de la capital del Estado. Siempre ha sido muy apegada a su familia y hasta hace algunos años, convivía de manera muy cercana con su abuela, curandera, que hace poco falleció de un tumor de mama.

Hace tres años vivía en su ciudad de origen, rodeada de otras mujeres de quienes aprendía a diario las diferentes maneras de enfrentar la vida, siendo mujer en Tehuantepec. Tiene muy claro ahora, que muchas mujeres de su pueblo que tienen su misma edad, acostumbran casarse y tener hijos pronto, como un plan de vida que muchas veces vio repetirse alrededor. Hace tres años volvía de la preparatoria de la UABJO de camino a su hogar. Se acercaba la fecha de salir de tercero de bachillerato y debía decidir qué hacer. Su madre no se encontraba en casa, pues ella estaba trabajando realizando el aseo en uno de los hogares en donde la emplean. Diana tenía la costumbre de acompañar a su mamá en estas labores seguido y hoy piensa que no es trabajo para ella y que debería tener acceso a otras oportunidades laborales, para no trabajar tanto y tan pesado. Sin embargo, su madre únicamente tuvo la oportunidad de estudiar hasta la secundaria y para ella es casi imposible buscar otro tipo de empleo.

Esa tarde, cuando su mamá entró a la casa, Diana le dijo que quería seguir estudiando. Para su mamá no era una noticia inesperada pues a Diana le había gustado siempre la escuela. Diana no se consideraba una estudiante excelente pero sabía que podía esforzarse en hacerse el hábito de estudiar. Diana le dijo a su mamá sobre su deseo de ser enfermera, cosa que no sorprendió a su madre ya que ella siempre estuvo al tanto del cuidado de su abuela mientras estuvo enferma. Sin embargo, para su madre esto significaba que su hija se fuera de Tehuantepec; entonces, si tenía que salir ¿por qué no pensar en estudiar algo más? ¿Por qué no Medicina? Hasta ese momento Diana no lo había considerado, pero si su mamá confiaba en que ella podía, era porque seguramente lo lograría.

Llegó el tiempo de presentar el examen de admisión y Diana viajó a la Ciudad de Oaxaca para presentar el examen preferente para los alumnos provenientes de las preparatorias de la UABJO, donde ella había estudiado en Tehuantepec. Diana aprobó el examen en la primera vuelta, para su sorpresa, lo cual le causó mucha alegría, pero también mucho temor. Sería la primera vez que viviría lejos de su madre y de su hermano. Los siguientes días hablaron con la familia de su padre, que vivía en Oaxaca y aunque casi no la conocían, sus tíos aceptaron que viviera con ellos durante los primeros meses.

Para Diana, llegar a la Facultad de Medicina de la UABJO, siendo foránea, representó todo un reto: como su mamá trabaja a diario para solventar los gastos de su hermano y de ella, no

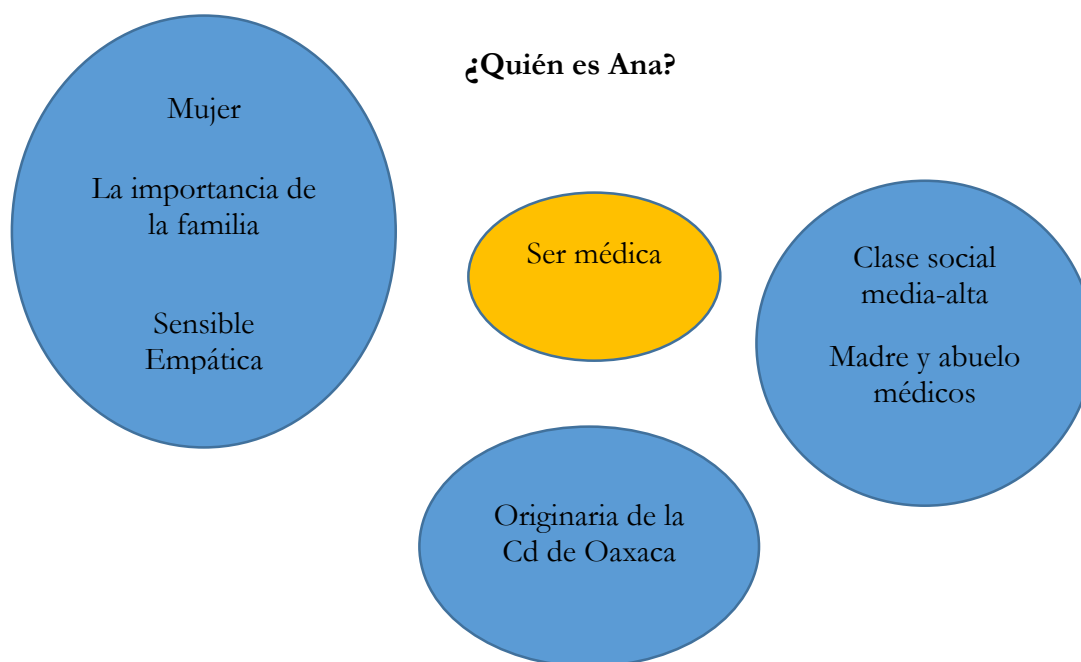
podía venir a visitarla seguido, ni enviarle dinero para que ella viajara a Tehuantepec cada fin de semana, así que Diana vio a su familia solamente dos veces durante el primer año, en julio y diciembre. Ahora que lo recuerda, Diana cuenta que fueron días muy tristes, ella estaba muy desesperada y sentía que sin el apoyo cercano de su madre no lo lograría. Hablaba cada noche con ella llorando.

Afortunadamente para ella, la escuela y las materias del primer año comenzaron a requerir de toda su atención e inició entonces a ocupar sus tardes y fines de semana para leer hasta acostumbrarse a repasar diariamente. Diana recuerda cómo su empeño en aprender fue tanto que concursó en el torneo de morfología de la materia de anatomía humana, quedando en muy buen lugar, lo que hasta el día de hoy, le vale el respeto y admiración de sus compañeros.

Diana es una joven de estatura media, delgada, piel apiñonada, cabello largo y ondulado, ojos grandes y sonrisa franca. Para mí fue muy fácil entablar una plática con ella, porque a las dos nos encanta hablar. En varias ocasiones conversé con ella en los pasillos de la escuela cuando a veces me la encontraba. Ella se considera como muy amistosa y eso le favorece para conocer a las personas y para acercarse a los pacientes, a quienes ya ha conocido en los ciclos clínicos en el centro de salud de la colonia Volcanes. Me contó cómo la primera vez que entrevistó a una mujer embarazada para hacerle su historia clínica estaba nerviosa, pero poco a poco lo fue superando, porque la mujer aparentemente sintió mucha confianza al hablar con ella.

Diana no habla zapoteco, su abuela lo hacía pero Diana no lo aprendió; ahora se arrepiente de no saber hablarlo, ya que si lo hiciera tendría acceso a los pacientes que no hablan español y que vienen de su región y a los que pretende atender de manera prioritaria, una vez egresada. Definitivamente dice que si sigue en la escuela es por su madre, a quien le debe el haber adquirido confianza en sí misma y por haber creído en ella y por quien quiere tener una carrera que le permita ejercer y ganar buenos ingresos, para ayudarla a ella y a mucha gente sin recursos que la necesita (Relato de vida, entrevista con Diana).

El relato de Ana



Ana es una joven de 21 años originaria de la Ciudad de Oaxaca. Como ella misma recuerda, pertenece a la cuarta generación de médicos dentro de su familia; preguntarle sobre el porqué decidió estudiar Medicina resulta en risas y un franco “todavía no sé”. Proviene de una familia de clase medio-alta donde estudiar una carrera profesional es algo esperado, para hombres y mujeres por igual aun si las mujeres--a diferencia de los hombres--se conflictúan con respecto a la disyuntiva--para ellas muy real--de ejercer la profesión y seguir especializándose, por un lado, o crear y cuidar de una familia propia, por el otro.

Entablar conversación con Ana fue muy sencillo. Es una joven de cabello castaño, ondulado y largo, de piel apiñonada, sonríe fácilmente, responde con prontitud y sin recato. Me cuenta que siempre ha vivido en la Ciudad de Oaxaca, su padre y su madre son médicos; se identifica con la imagen de su madre, sobre todo en cuanto a no estar completamente convencida de estudiar medicina. Me cuenta cómo llegó a decidirse por la UABJO, y es que en realidad en su familia había opiniones divididas sobre si debería estudiar ahí o no. Sin embargo y aun teniendo muchas oportunidades de beca por su promedio elevado en el bachillerato, ella no quiso mudarse fuera de Oaxaca, debido a que significaba dejar de estar cerca de su familia. Menciona principalmente que el costo emocional hubiera sido alto en dejar de ver a su madre y a su abuelo.

Para la familia de Ana, principalmente para su abuelo, el ser médico tiene una connotación especial, significa “todo”. Ella puede ver como la palabra “todo” que dice su abuelo se diferencia de la postura que tiene su madre frente a la medicina, puesto que para las mujeres

el ser médico no es todo, y el dividir el tiempo de vida entre especializarse y formar una familia. Para su abuelo posiblemente signifique todo, puesto que ha desarrollado su carrera sin dividirse a sí mismo entre familia y estudios. Sin embargo, Ana reconoce que su abuelo - quien es también su profesor en este año-, nunca la presionó para que estudiara esta carrera.

Como es típico en la ciudad de Oaxaca para familias de su extracción social, Ana estudió durante toda su vida escolar en escuelas privadas, con grupos pequeños, con maestros que llegaban a tiempo a impartir clases, con salones que tienen sillas para todos sus alumnos y de donde no se podía salir, ni “jalarse las clases”. Ana recuerda que, a diferencia de su escuela preparatoria en un ambiente muy protegido, en sus primeros meses en la Facultad de Medicina de la UABJO--escuela pública--sintió que estuvo muy libre: nadie la cuidaba y a nadie le interesaba si entraba o no a clase. Una pregunta obligada sería entonces qué fue que la hizo seguir adelante, si no había controles externos y al mismo tiempo ella no se encontraba convencida de estudiar medicina.

Para Ana, el cambio drástico de ambiente durante los primeros meses en la UABJO fue algo que la marcó y que tiene que ver con una sensibilidad que cruza necesariamente por las diferencias de clase social pero también por los hábitos sanitaristas e higiénicos aprendidos en una familia de cuatro generaciones de médicos, pues lo primero que me comenta fue la experiencia de entrar a los baños de la facultad, que tenían las paredes “pintarrajeadas”, sin papel, sin agua y sucios. Incluso comenta cómo no quería ir al baño, mejor se aguantaba las ganas con tal de no ir, hasta regresar a casa. Habla también de cómo no se le hizo difícil volverse jefa de grupo y del trabajo que significó aprender a hablar con los directivos, defendiendo a sus compañeros, donde las herramientas de diálogo, argumentación y desenvolvimiento social aprendidas en su experiencia escolar y en su ámbito familiar seguramente fueron de gran ayuda.

Sin embargo, cuando habla de los compañeros de su grupo actual, con el cual lleva ya tres años en la Facultad de Medicina, se refiere a ellos con mucha emoción y sentido de pertenencia, lo cual hace pensar en un proceso de integración y de construcción colectiva de una identidad grupal compartida de manera creciente como estudiantes de medicina.

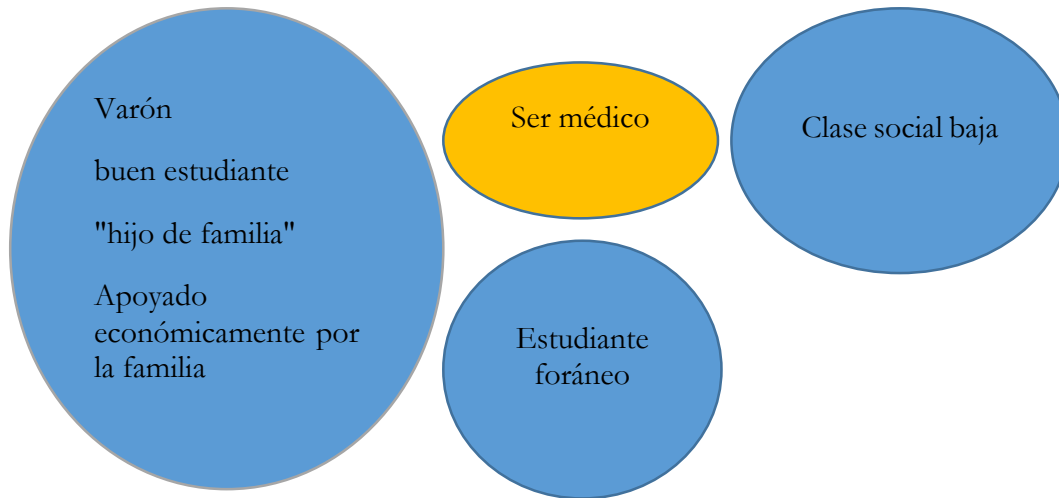
Ana no ha tenido problema para adquirir el material que se necesita para las clases durante el tercer año, como el estuche de diagnóstico y el estetoscopio, ya que en su familia no hay problemas económicos para costearlos. Me cuenta a detalle cómo se ponen de acuerdo con sus compañeros para que todos, incluyendo aquellos que no han logrado adquirirlo, puedan

utilizar el material en clase; al parecer, un buen ejemplo de cómo se construye en colectivo un espíritu solidario de grupo al compartir entre todos las mismas exigencias que demanda la carrera, aun sin tener los mismos recursos para sobrellevarla.

Para ella la familia es crucial, la imagen, la cercanía y el afecto de su madre y de su abuelo tienen mucha importancia, así como la construcción social que se tiene de los médicos y de la medicina dentro de su familia. Ana tiene pareja estable con la cual quiere formar una familia, considera que para ella, tanto la medicina, como la familia son aspectos muy importantes, centrales y demandantes de la vida. Cuando le pregunto sobre por qué piensa que hay más mujeres que hombres en la Fac. Med. UABJO actualmente, dice que es, posiblemente, porque el plan de vida de las mujeres está cambiando, que tal vez ya no piensan únicamente en ser madres. Aunque a la par, ella experimenta una cierta tensión sobre lo que ella piensa de sí misma y sus aspiraciones futuras, pues me comparte que le preocupa el no poder formar una familia durante muchos años por los estudios tan demandantes; una preocupación de la que ha conversado con sus compañeras, pensando en el tiempo de vida invertido en la carrera de medicina y sobre la postergación de sus planes familiares para lograr ser médica. (Relato de vida, entrevista con Ana.)

El relato de Antonio

¿Quién es Antonio?



Antonio regresó del súper aquella noche de sábado, cargando varias bolsas que contenían lo que comería durante la semana siguiente. Desde hace varios meses se ha puesto de acuerdo con sus compañeros para comprar juntos la despensa, dice que así ahorran todos. En esta ocasión, por la calle oscura apareció “El Güero”, un perro blanco, avanzado en edad, que merodeaba en ese entonces por la Facultad de Medicina. Antonio recuerda que era un “ícono” de los estudiantes de medicina. Anteriormente era un perro de experimentación para los laboratorios de cirugía en la Fac. Med. UABJO pero, poco a poco y al pasar de los años, lo liberaron y se volvió muy popular en la escuela, se hizo merecedor del cariño de todos al grado de que, al morir recientemente, ha sido enterrado en el patio de la facultad.

Entra a su cuarto y se siente feliz de ver a su hermano el cual desde hace algunos días ha llegado de Pochutla, Oaxaca -la ciudad de la Costa oaxaqueña en donde ambos nacieron y crecieron-, para estudiar, igual que Antonio, pero su hermano en otra carrera. No ha sido sencillo vivir en la ciudad de Oaxaca estos últimos tres años, relata Antonio, recordando lo que vivió durante los primeros meses cuando llegó a la Facultad de Medicina. Su vida ha cambiado mucho en estos tres años, de ser un estudiante de CBTA de Pochutla que no visualizaba en ese entonces estudiar medicina, ahora vive en otra ciudad, más grande, sin redes familiares y solo con su hermano en un cuarto rentado.

Mientras acomoda las cosas que trae de la despensa, le pide a su hermano que le ayude con la limpieza del cuarto, poco a poco ambos se encuentran haciendo lo que su mamá les dijo que tendrían que hacer: valerse por sí mismos, encargándose de sus propias necesidades.

Sacuden un pequeño librero que se encuentra en la esquina de su habitación, en donde los libros de anatomía, bioquímica, fisiología y farmacología se encuentran bien acomodados. Antonio tiene presente que esos libros son muy valiosos para él, no solo por lo que significa tener un libro propio para poder estudiar en casa, sino también porque representan la ayuda de quienes siempre lo han apoyado, su familia. El tener un libro de medicina propio y poderlo llevar a casa para estudiar significa que, como estudiante, uno cuenta con una mayor libertad en el manejo de sus tiempos y del lugar donde estudiar, para cubrir los temas que se requieran.

Mientras acomoda también su ropa blanca que acaba de lavar, se admira de sí mismo pues piensa que hace cuatro años, ni se imaginaba siquiera estar viviendo esto. Vivía en su ciudad, Pochutla, con ambos padres y su hermano. Asistía al CBTA, para cursar el bachillerato y sus expectativas de futuro no llegaban a tanto. Fue durante ese tiempo que conoció al maestro López, su profesor de biología, quien le hablaba sobre el cuerpo humano y lo bonito que sería conocer cómo funciona y “qué falla cuando uno se enferma”.

Antonio recuerda que cuando escuchó esta frase, sintió cómo su cuerpo se remontaba a sus años de niño pequeño cuando viajaba con sus padres al Hospital del Niño en Oaxaca a causa de varias cirugías abdominales que le realizaron. Vagamente recuerda cómo vivió durante días entre médicos y enfermeras; el recuerdo no es doloroso, se sintió acompañado y protegido. Pero de ahí venían algunas de sus dudas ¿qué se descompone del cuerpo cuando uno se enferma? Por eso, cuando escuchó al profesor López le pareció interesante poder conocer al cuerpo humano y cómo funciona o cómo se enferma. Sin embargo, en aquellos tiempos del bachillerato no tenía claro que quería tener una profesión, se había visualizado a sí mismo trabajando junto a su padre, que es albañil. Para él resultaba un reto grande salir de Pochutla y enfrentarse con cientos o miles de estudiantes que deseaban ingresar a una universidad, pues se imaginaba no tener las mismas posibilidades de ingreso, por ser alguien que venía del interior del Estado de Oaxaca y con recursos económicos limitados, en comparación con alguien que había estudiado toda su vida en la capital y de mayor nivel socioeconómico.

Desde las pláticas con su profesor López hasta que presentó el examen de admisión en la Facultad de Medicina de la UABJO pasaron muchas cosas por su mente y por su vida, pues el solo hecho de comunicarlo a sus familiares representó un reto también que tomó tiempo rebasar. Su abuelita, quien fungía como médica tradicional de su ciudad, le dijo que para qué quería aprender medicina, pues su opinión sobre los médicos y su forma de actuar siempre fue crítica y con muchas reservas. Y así, al comunicar a sus familiares su aspiración, cada uno

emitía su opinión, pero todos coincidían en que si él quería estudiar medicina, lo más difícil sería irse de su pueblo, pues en la Costa oaxaqueña no existe una escuela de medicina.

Su abuelo, quien siempre lo apoyó, tendió una red familiar para que Antonio pudiera tener dónde vivir inicialmente al llegar a la Ciudad de Oaxaca; personas que en realidad Antonio no conocía aun si eran familiares de su abuelo. Desde un principio, agradeció el poder vivir con ellos a su llegada a la ciudad. Los familiares de su abuelo, trabajaban dentro de la UABJO, aunque no en la Facultad de Medicina y en algún momento Antonio escuchó a su abuelo decir que si Antonio no aprobaba el examen de ingreso a la Fac. Med. UABJO, él (el abuelo) le pediría a su familiar que hiciera lo posible por apoyar a que Antonio ingresara a la escuela.

Antonio no se sentía con las herramientas adquiridas para pasar un examen que para él representaba enormes dificultades que nadie en su familia había logrado antes. Creo que en el fondo lo que le asustaba era saber que venía de una familia trabajadora sin precedentes de estudios profesionales y desde una ciudad de la Costa donde son pocas las personas de su estrato social que logran llegar a la universidad; menos, cuando se trata de tener que trasladarse a la capital del Estado para estudiar medicina. Antonio pensaba que no tendría las mismas posibilidades para ingresar a la facultad. De modo que, llegado el día de ver la lista de ingreso, Antonio acudió a la escuela con su folio de examen y al verse en las listas de aceptados a la carrera tuvo que revisar varias veces el folio para convencerse de que efectivamente él había aprobado el examen.

Ahora Antonio recorre con orgullo las páginas del libro de anatomía, y afirma que, en realidad, anatomía no debería tener el peso que tiene dentro de las materias que se estudian en medicina, donde, por lo menos en la UABJO, compañeros repetidores se encargaban de asustar a los que recién ingresaban diciendo que no será sencillo aprobar esta materia. Mientras hojea su libro, me comparte que él lo logró. También me comparte el recuerdo que tuvo durante los primeros meses de la licenciatura, donde no lo dejaba la impresión de que sus familiares habían “hecho algo“ para que él ingresara a la Facultad; es decir, dudaba de sus propias capacidades como estudiante.

Tuvieron que pasar muchos exámenes aprobados para que él se diera cuenta de que había ingresado a la facultad por sus propios méritos, cosa que poco a poco inició a llenarlo de orgullo y seguridad. De modo que hoy, que está en tercer año, piensa que quien llega a tercero sabe que terminará la carrera de algún modo. En realidad, piensa que su condición social de origen o el venir de la Costa no le ha afectado mayormente, y que la gran mayoría de los

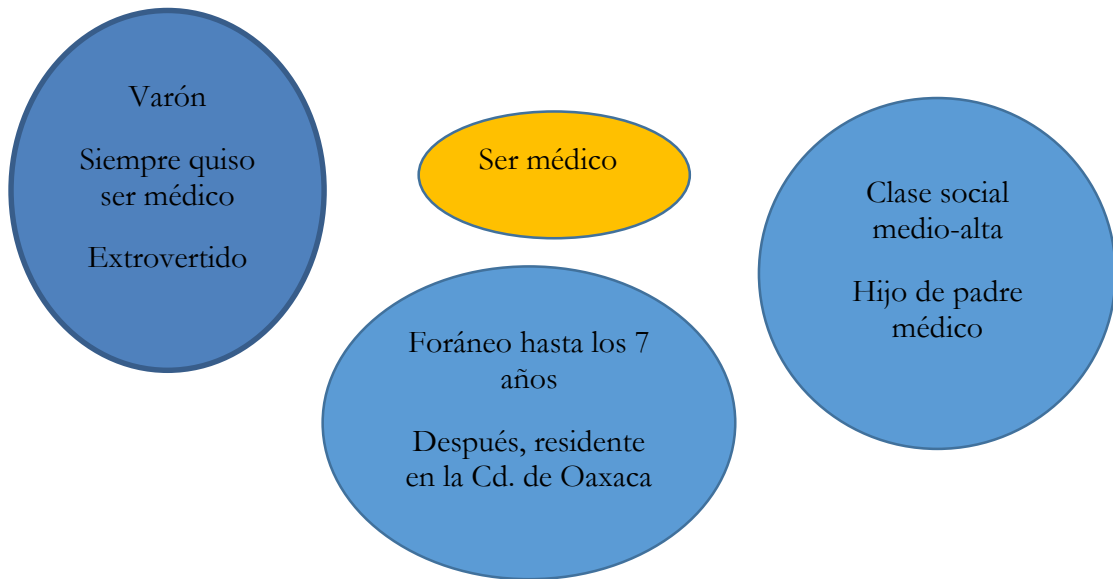
maestros no hacen distinciones durante las clases sobre quiénes son los alumnos por su clase social, o lugar de origen; lo que sí le pesa y se da cuenta, es que el capital social previo de cada uno, sí cuenta.

Mientras continúa acomodando sus libros y materiales observa su estuche de diagnóstico, blanco, pulcro, bonito y nuevo. Su padre lo ha apoyado económicamente desde el principio de su carrera, le ha comprado libros y el material necesario para las clases, seguramente con grandes esfuerzos. Sin embargo, tercer año marca una diferencia con los años anteriores pues se debe comprar un estuche de diagnóstico y un estetoscopio, para la clase de clínica propedéutica. En esta clase, se aprende todo lo referente a la exploración de los pacientes, se aprende también a utilizar los aparatos básicos para un diagnóstico. Existen muchas marcas de aparatos y aunque a Antonio no le parece importante la marca, tiene un estuche de diagnóstico WelchAllyn, una de las mejores marcas, que le compró su papá. Antonio recuerda cómo en algunas ocasiones ha compartido el estuche con sus compañeros en los centros de salud, cuando no lo llevan o no lo pueden adquirir. Y aunque piensa que con cualquier equipo se puede aprender, en el fondo considera que por algo hay marcas más caras, porque no se descomponen fácilmente o porque darán cierta ventaja en el sonido o imagen que, como estudiante de medicina, debe aprender a observar o escuchar como parte de su entrenamiento.

Además de la ayuda económica que recibe de su padre, -que según me dice le alcanza para pagar la renta de su cuarto, los pasajes de transporte urbano y despensas durante el mes-este año ha tenido que trabajar cuidando a una persona mayor por las noches si no, no logra solventar los gastos, aun con múltiples estrategias de ahorro. (Relato de vida, entrevista con Antonio.)

El relato de Ramiro

¿Quién es Ramiro?



Ramiro es el segundo hijo de un matrimonio entre un médico y una licenciada en trabajo social. Hasta sus siete años vivió en Miahuatlán de Porfirio Díaz, una ciudad localizada a una hora y media en automóvil, aproximadamente, de la ciudad de Oaxaca con poco más de 40 mil habitantes.

Se presentó conmigo a la entrevista vestido de pantalón de mezclilla y camiseta, muy sonriente, rápidamente entabló el diálogo conmigo sobre su situación como estudiante de medicina. Me contó que en su niñez tuvo que aprender rápidamente a respetar las reglas y a tener disciplina por él mismo: su padre trabajaba en la Ciudad de Oaxaca como delegado del IMSS y viajaba constantemente a causa de su empleo, por lo que, en varias ocasiones, él y sus hermanos pequeños se quedaban al cuidado de su abuela materna. Por su parte, su madre trabajaba en la ciudad de Huajuapam de León, por lo que tampoco vivía con los niños de lunes a viernes, el único día que coincidían todos los integrantes de la familia era el sábado.

Desde pequeño, Ramiro asistió con su padre, quien es cirujano, a los quirófanos y hospitales, algo que en ocasiones recientes ha seguido haciendo, ayudando a su padre en las cirugías. Piensa en todo momento que esto de la medicina le ha gustado desde siempre, aunque también me sorprende cuando dice que él que estudia medicina no sirve para tener una familia, como si pensara que ambas cosas son incompatibles a priori.

Decidió estudiar medicina y se preparó para el examen de admisión, incluso presentó la evaluación en varias escuelas ya que su objetivo siempre fue ingresar a la Escuela Médico

Militar o Naval Militar. De hecho, al presentar el examen hace un año, me comentó que aprobó el examen de conocimientos y reprobó el psicométrico en la Escuela Médico Militar, se rió cuando me dijo que era, posiblemente, por su perfil de “desertor”. Creo que dice esto porque aun aceptando la educación médica como una carrera estricta, otra parte de él no está de acuerdo con las dificultades que trae el conjuntar la medicina con la vida personal, familiar y social de cada quien.

Al no ingresar a la escuela médico militar, su madre le pidió que no perdiera el tiempo y que “mientras” ingresara a la UABJO, la universidad donde su madre y sus tías estudiaron. Ramiro fue sin mucho empeño a presentar el examen de admisión, el cual aprobó. A partir del día de su ingreso, Ramiro ha deseado siempre volver a presentar el examen en la Médico Militar, ya que para él, asistir a la UABJO es algo para “no perder el tiempo” y por “mientras presenta el examen” en la Médico Militar. Para los padres de Ramiro, la Fac. Med. UABJO no representa una elección de estudio, pues consideran que está desacreditada y que, por el ausentismo de los profesores y por los problemas políticos de la universidad, los médicos egresados de ella carecen de la preparación necesaria. Esta representación social de la Facultad entre sus padres es algo que Ramiro reproduce en su discurso.

Ramiro es un joven muy alegre, habla de su vida y de su familia con mucha soltura. Me cuenta que su padre es originario de la Ciudad de México, es cirujano general y realizó la especialidad médica en el Centro Médico la Raza del IMSS. Según Ramiro, su padre piensa que los médicos y sobre todo los cirujanos son valiosos e importantes, mientras que los demás no alcanzan el mismo grado de conocimientos; esta forma de pensar se conjunta con la idea de que el valor de cada persona dependen de lo que estudia por lo que su padre considera que medicina es lo máximo, mientras otras carreras profesionales no le llegan a la altura.

Su padre emigró a la ciudad de Miahuatlán, Oaxaca, debido a que se casó con su madre originaria de esta pequeña ciudad del Valle de Oaxaca camino a la Sierra Sur; desde entonces labora como cirujano en el IMSS. Su madre también labora en el IMSS. Ramiro cursa actualmente el primer año de medicina en la UABJO y su idea de cambiar de escuela es evidente desde los primeros minutos de nuestro diálogo, ya que lo repite a cada rato. Cuando le pregunté por qué estudiaba medicina me dijo que porque “le gusta complicarse la vida”, aun si al mismo tiempo declara que la UABJO no cubre sus expectativas, pues siente que le falta disciplina. Me cuenta con desagrado cómo los maestros faltan y no se preocupan por sus alumnos, cómo llegan tarde a clase o cambian la hora de la misma sin importarles, según él, lo que suceda con los alumnos.

Desde un principio, Ramiro ha contado con el apoyo económico de sus padres para comprar su material de la escuela, entre ellos varios libros de medicina que tiene en físico y que tienen un costo aproximado de 1500 pesos cada uno, así mismo este año ha comprado un estuche de disección y una bata quirúrgica azul para utilizar en el anfiteatro en las clases de anatomía.

Me cuenta de su vida antes de entrar a la escuela de medicina, cuando asistía a una preparatoria privada en donde también se dedicaba a otras actividades diferentes a las escolares tales como un taller de danza. Ramiro siempre ha sido muy inquieto y activo, durante muchos años practicó Tae Kwon Do.

Siento empatía con él, puesto que sus condiciones de vida han sido, en algunos aspectos, similares a las mías. Me quedo con la pregunta de que hasta qué punto pudo haber sido influenciado por su padre para escoger la carrera de medicina y si las expectativas que me plantea son suyas propias, reflejan más bien las de su padre o son una mezcla de las dos. (Relato de vida, entrevista con Ramiro.)

El análisis

Se analizaron los relatos anteriores, centrándose en la narración de las concepciones, los eventos, las experiencias y las vivencias comunes y diferenciadas de estos y estas estudiantes de medicina, con lo que se pretende comprender algunas especificidades de sus historias, así como aprehender lo general a través de la confrontación de sus singularidades. Las preguntas a la que se pretende contestar fueron: ¿Cómo llegaron a estudiar una carrera universitaria, y en particular cómo llegaron a estudiar medicina, estas alumnas y alumnos con historias personales, familiares y sociales tan diferentes entre sí? ¿Qué recursos personales, familiares y/o de su entorno social fueron movilizados en cada caso para llegar a esta decisión y, aún más importante, para afrontar exitosamente las dificultades y los retos que estudiar esta carrera implica desde su comienzo?

En el análisis se retoman los cuatro relatos de vida comparándolos entre sí, al mismo tiempo que se incluyen y analizan unos cuantos fragmentos de las otras entrevistas a profundidad, cuando pertinente. Lo anterior, tiene una doble finalidad:

- a) identificar elementos y patrones que tengan relación con el proceso de transformación identitaria que las y los alumnos han experimentado en años o meses recientes como jóvenes universitarios al llegar a la UABJO para estudiar una carrera profesional; y
- b) detectar aquellos factores, relaciones sociales y procesos que conducen a una transformación específica de estos y estas jóvenes como estudiantes de medicina, con la carga material e ideológica y los retos personales, familiares y sociales que estudiar esta carrera conlleva.

En relación al primer punto, se presta particular atención a a procesos de continuidad con las trayectorias familiares anteriores, así como a procesos de "ruptura biográfica" con respecto a esas trayectorias o en la vida personal de un/a estudiante al ingresar a medicina. Para el análisis de los procesos de continuidad, utilizaré de manera importante el concepto de capital cultural acuñado por Bourdieu (1986), crucial para entender la reproducción social, sobre todo desde la perspectiva de clase, pero complejizándola y añadiendo elementos sociales y culturales sumamente importantes para entender cómo el privilegio y el éxito académico se transmiten de una generación a otra. El concepto de ruptura biográfica, utilizado por Bury (1979), se refiere a una ruptura en la vida de una persona donde sobresalen los recursos, tanto cognitivos como materiales, con los que cada uno cuenta en estas coyunturas. Se resaltan características nuevas que hacen que se supere el momento de ruptura, con modificaciones en la identidad personal, contribuyendo a conformar, de este

modo y de manera procesual, la futura identidad profesional. En el segundo punto, se ubican transformaciones personales en cuanto al estudio, el esparcimiento, la disciplina, el manejo del estrés, los tiempos demandantes de la carrera, entre otros, ya que son todos ellos aspectos que, como vimos en un apartado previo, de alguna manera diferencian a los estudiantes de medicina de otros universitarios, considerando que estudiar esta carrera es particularmente demandante e implica adaptación y un cierto grado de sacrificio. Se identifica aquí un proceso igualmente importante y generalmente asumido de manera colectiva que refiere a la construcción de una identidad profesional en cierne como médicos en formación.

Las continuidades: La importancia del capital cultural

En el análisis de las trayectorias de los alumnos existen situaciones que muestran continuidades; sobre todo en cuanto a las que reflejan la “reproducción social” del privilegio y los éxitos académicos, entre aquellos con mayor capital social y cultural--las y los alumnos de clase media alta y alta y las y los capitalinos, normalmente--de manera que finalmente, sus prerrogativas se vuelven invisibles y sus éxitos escolares se naturalizan concibiéndolos como un resultado exclusivo de sus propios méritos, o "competencias legítimas" adquiridas a través de sus esfuerzos (Bourdieu, 1986). Este es el caso de Ana y de Ramiro.

Ana es una mujer de clase media alta que ha convivido la mayor parte de su vida con el medio médico, ya que varios de sus familiares pertenecen al gremio. El motivo de estudiar medicina, en ella, no aparece tan claro; en algunos momentos, parece ser que optó por esta carrera por seguir los pasos de quienes la antecedieron; más por imitación, que por vocación personal. Aun sin una vocación muy clara, la transformación en estudiante de medicina para ella no ha sido tan problemática como para otros, ya que llegó a la Fac. Med. UABJO con herramientas académicas que le han facilitado esa transición: la costumbre adquirida de estudiar, la autodisciplina, la motivación en querer hacer bien las cosas, y la reafirmación en sus capacidades al lograr lo que se propone.

Uno de sus rasgos importantes es que es segura de sí, empática y líder, características que han sobresalido en los años que lleva en la carrera y por medio de las cuales ha superado fácilmente algunas de las dificultades que se experimentan estudiando medicina. Aquí sus rasgos de personalidad se entrelazan con las herramientas adquiridas a través de la socialización en su familia, en las escuelas que frecuentó antes de la universidad y por pertenecer a la clase social a la que pertenece y que por tanto es poseedora de un gran "capital cultural" que coincide con el requerido en este proceso (Bourdieu, 1986).

Al igual que Ana, Ramiro proviene de una clase social media alta, y ha vivido una cierta continuidad en convertirse en estudiante de medicina; es decir, el seguir teniendo un estilo de vida al que él estaba acostumbrado ya que su papá es médico. En este caso, ser estudiante de medicina ha movilizado recursos internos preexistentes, tales como la disciplina en el estudio, la responsabilidad y el compromiso en lo que emprende, y la autosuficiencia y el saberse cuidar por sí solo; disposiciones sociales y habilidades cognitivas que aprendió desde muy niño por las condiciones de trabajo y las ausencias de sus padres del hogar. Asiste regularmente a clase, pero está consciente y ha interiorizado en su práctica cotidiana que debe esforzarse de manera autodidacta para mantener su buen nivel de aprendizaje. No le resulta difícil la carrera y desde el principio ha tenido buenas calificaciones.

Ramiro tiene una personalidad extrovertida, conversa con facilidad y está convencido que estudiar medicina es su vocación. Aparenta mucha seguridad en sí mismo, solo expresando por un momento una sombra de duda en sus propias capacidades por haber sido rechazado por la universidad donde en realidad quiere estudiar; una sombra de duda finalmente pasajera, ya que sostiene que no fue rechazado en el examen de conocimientos. Al parecer, reproduce esquemas familiares, sobre todo paternos, en cuanto a la autodisciplina, la dedicación en los estudios y su valoración negativa de la seriedad académica de la Fac. Med. UABJO.

En su caso, al igual que Ana, Ramiro llegó a la universidad con disposiciones y habilidades aprendidas en familia y en su trayectoria escolar previa. Estas herramientas sociales y cognitivas son su capital cultural, un capital que lo pone en una posición de ventaja con respecto a compañeros y compañeras que provienen de otros ambientes familiares, no tienen un padre médico y tienen recursos materiales, sociales y culturales distintos, que en el entorno universitario podrían calificarse como más limitados. En el caso de Ramiro, quien tuvo una abuela curandera, los recursos materiales, sociales y culturales de sus orígenes familiares se vieron cortados por la discriminación hacia los conocimientos no biomédicos, pero que al final, forman parte de su lógica de “curar como servicio”.

Ana y Ramiro nos enseñan cómo el capital cultural implica más que ser versados en competencias intelectuales. Se trata de un capital incorporado o encarnado (*embodied*) en la persona (Bourdieu, 1986) y que incluye además las competencias adaptativas culturales y sociales como la familiaridad con contextos institucionales relevantes, la posesión de habilidades sociales apropiadas para desenvolverse, la capacidad de responder a expectativas sociales de un ambiente como el universitario, y una concepción de agencia más estratégica (Edgerton y Roberts, 2014:196).

En el campo de la educación, estas competencias trabajan en concierto entre lo que se hereda en el entorno familiar (cultivando las mismas habilidades de los padres en sus niños desde una edad temprana y enlazándose efectivamente con lo que se enseña en escuelas que se consideran de buen nivel) (*Idem*) y lo que se adquiere por méritos personales, invisibilizando lo primero y sobrevalorando lo segundo (Bourdieu, 1986). En otras palabras, la separación entre habilidades cognitivas, por un lado, y competencias sociales, por el otro, es artificial y arbitraria, ya que ambos conjuntos se aprenden al mismo tiempo y tienen sus raíces en el entorno familiar; por tanto, tienen un origen que es marcado por la clase social (Edgerton y Roberts, 2014: 196). Ana, por ejemplo, fue nombrada jefa de grupo, algo que ella asume con su natural empatía, pero que refleja esas habilidades de liderazgo que ella posee y que le son reconocidas en el microcosmo universitario como rasgos caracteriales innatos, cuando en realidad son parte de su capital cultural adquirido.

La capacidad de concentrarse en sus estudios y la autodisciplina que estos dos estudiantes presentan, son parte de "un conjunto flexible de habilidades cognitivas--verbales, de lectura, escritura, matemáticas y de razonamiento"--y de actitudes "y comportamientos como la motivación al triunfo, la autorregulación, la demora de la gratificación--que están asociados con el éxito académico y subsecuentemente el futuro éxito profesional" (Farkas, 2003, citado en Edgerton y Roberts, 2014:197)¹⁹ que caracterizan el capital cultural con el que estos dos jóvenes llegaron a la Fac. Med. UABJO. Como nos recuerdan estos autores, se trata de una "caja de herramientas" cultural la cual no está distribuida de manera equitativa entre los y las estudiantes (*Idem*). En otras palabras, "el repertorio de comportamientos disponibles para jóvenes como Ana y Ramiro "vía su *habitus* y capital cultural tiene mayor cabida y aceptación dentro de instituciones como [la universidad]"que el repertorio" de los y las jóvenes "de las familias de clase trabajadora" (*Idem*).

Los alumnos de clase media y alta como ellos, tienen ventaja en términos de mayor congruencia entre sus habilidades cognitivas y sociales adquiridas y los estándares institucionalizados de evaluación del ambiente académico, lo cual les da mayor capacidad de manejar los encuentros con la institución y tener resultados académicos favorables. Lo anterior, los acomuna en cuanto al desempeño académico, pero esto no quiere decir que los rasgos personales de cada quien no tengan una importancia diferencial en sus actitudes y comportamientos sociales.

¹⁹ La traducción del texto original en inglés es mía.

Ramiro se ha inclinado hacia la autosuficiencia y limita sus interacciones sociales en la facultad, no quiere identificarse con sus compañeros, siempre se imagina estudiando en otra universidad de mayor prestigio, es posible que esté muy solo y no haya hecho amistades y no haga vida de grupo con sus compañeros y compañeras. En el caso de Ana, su empatía y su capital cultural le han servido hasta el momento motivándola para compartir sus recursos materiales, es decir, libros y material de estudio o exploración, con el resto de sus pares, con una actitud marcada por la gregariedad, el compañerismo y la solidaridad. No son solamente el desempeño académico, el saber médico que se aprende en clase y los procesos de socialización específicos del ser médico con los que cada estudiante se confronta en esta facultad que influyen la formación de la identidad profesional. Estos rasgos caracteriales específicos de cada quien contribuyen también en cómo, hasta qué punto y con qué resultados se da esa formación.

La importancia del capital cultural para el éxito académico en medicina, no es fácilmente reconocida por el alumnado de la Fac. Med. UABJO. Otros alumnos hablaron sobre la necesidad de contar con ciertas habilidades aprendidas durante el bachillerato para avanzar en la carrera de Medicina, como lo manifiesta Efrén:

Estudí mis, bueno, los tres niveles académicos: preescolar, primaria y secundaria, bachillerato, en mi pueblo. Pero en secundaria, me vine dos veranos a Oaxaca a hacer cursos de inglés... Yo vengo de un bachillerato general, entonces no sabía de muchas cosas; y los que vienen de CBTis, de otros bachilleratos, de otras prepas, ya vienen con la especialidad relacionada a medicina. O ya estudiaron enfermería, o ya estudiaron odontología... y eso les da ventaja sobre los demás. (Efrén, 22 años, alumno de tercer año, entrevista.)

Estudiantes como Efrén logran identificar que existen recursos diferenciados con los que el alumnado llega a la facultad; recursos cuya posesión representa una posible ventaja para ciertos estudiantes con respecto a otros y que puede hacer una diferencia a favor o en contra en cuanto al desempeño escolar. Sin embargo, es común atribuir la ventaja exclusivamente a la familiarización con contenidos técnico-científicos en las disciplinas biológicas y químicas en la trayectoria escolar previa al ingreso a la universidad. En ningún momento se reconoce la existencia de una distribución diferencial del conjunto de recursos académicos, sociales y culturales de acuerdo a la procedencia familiar y social de cada alumno, ni que "el éxito escolar (es decir, el hecho de aprobar los exámenes y lograr la promoción en los sucesivos niveles de escolarización) depende del grado en que los estudiantes dominan el "código cultural" necesario para descifrar y apropiarse de la arbitrariedad cultural que se impone en la escuela" (Molina Galarza, 2016: 948).

La ruptura biográfica: La importancia de la transformación personal y profesional

En el análisis de los relatos de vida de los y las alumnas se ven elementos importantes en algunos de ellos de lo que conceptualizamos como un proceso o evento de "ruptura biográfica", para referirnos a momentos y situaciones profundamente transformadores. Se trata de un concepto que puede apoyar en el análisis de acontecimientos en la vida de una persona que, de alguna manera, son contrapuestos en comparación con las situaciones de reproducción social que acabamos de analizar. El concepto de "ruptura biográfica" fue acuñado para referirse principalmente a eventos traumáticos en la vida (Bury, 1982; Pranka, 1918) ante los cuales, la persona afectada logra movilizar recursos propios para sobreponerse; sin embargo, considero que presenta un potencial interesante para analizar momentos o procesos de transformación radical que no se asocian necesariamente o solamente a experiencias negativas como desencadenantes.

Se puede extender el concepto de ruptura biográfica para incluir un camino personal transformador en la vida de un estudiante, con respecto a las que han sido las trayectorias típicas de su familia y ante el propio origen social. En esta acepción, se trata entonces, en esencia, de rupturas biográficas de carácter intergeneracional. El caso de alumnos y alumnas como Diana y Antonio responde a esta definición: ambos "rompen" con su propia tradición familiar, hecha de historias escolares acotadas a la educación primaria, o cuando mucho secundaria, de sus progenitores; de trayectorias ocupacionales caracterizadas por el trabajo manual formal o informal de padres o madres; y de restricciones económicas. Historias y trayectorias, de alguna manera previamente trazadas a nivel intergeneracional en el seno de sus familias y en sus entornos sociales más inmediatos.

En el caso de Diana, hay una ruptura adicional, tan significativa como las anteriores: una transformación profunda con respecto al modelaje de género predominante en el entorno social donde ella creció. El no tener como expectativa de vida el casarse y tener hijos muy jóvenes después de la secundaria o de la prepa, conlleva una ruptura biográfica importante con respecto a las trayectorias de vida de su propia madre o su abuela.

El concepto de "ruptura biográfica" es aún más útil para poder marcar un proceso o momento profundamente transformador en la trayectoria de vida de una misma persona. El convertirse en estudiantes de medicina bajo ciertas circunstancias particulares--como las de Diana y Antonio que se mudan a vivir a la ciudad de Oaxaca e inician la carrera como estudiantes foráneos, separándose del hogar familiar y sin el apoyo presencial cotidiano de sus parientes más próximos--conlleva una "ruptura biográfica" en este sentido; es decir, viven

esta transición como un evento significativo, súbito en el curso de sus vidas, que cambia cardinalmente su dirección, además de que resalta y desarrolla los recursos, tanto cognitivos como materiales, con los que cuentan para afrontar la situación (Pranka, 2018). En ambos sentidos--la ruptura biográfica intergeneracional y la personal--se plantea una transformación relevante y significativa en las vidas, ya que a partir de ese momento o proceso se replantea todo lo demás, se enfrentan momentos difíciles pero que se logran rebasar, cambiando la percepción propia y social de sí mismo y de los demás. Tanto Diana como Antonio han experimentado ambas formas de ruptura biográfica.

En el caso de Diana, la ruptura biográfica intergeneracional se manifiesta en el hecho de ser una mujer proveniente de una familia sin antecedentes de mujeres universitarias, proveniente además de una localidad en donde la historia de vida de las mujeres de clase baja generalmente incluye el casarse y tener hijos y no continuar estudiando alguna carrera universitaria. En su caso, la ruptura biográfica personal se manifiesta por el hecho de que, para iniciar la carrera de medicina, tuvo que mudarse a una ciudad más grande y alejada de su ciudad de origen, y vivir con familiares desconocidos, así como lidiar con un período de depresión emocional inicial por el proceso de desapego familiar y la carga de trabajo de los estudios.

Diana tuvo que movilizar recursos propios para sobreponerse a la depresión y la lejanía, en un momento muy difícil de integración inicial a la facultad. Estas situaciones finalmente le trajeron la posibilidad de desarrollar nuevas capacidades como la habilidad de vivir sola y encargarse de ella misma, y académicamente la habilidad y disposición de centrarse en el estudio durante los fines de semana, por la imposibilidad de viajar a visitar a su familia a falta de recursos económicos. Ha manifestado sus fortalezas internas, tales como la recuperación de la autoconfianza, la cual se tambaleó en los primeros meses después de llegar a la ciudad de Oaxaca e iniciar los cursos. También ha afianzado sus aspiraciones de ser buena médica y cuidar del prójimo, aspiración que le nació en los años previos a la entrada a la escuela cuando se dedicó a cuidar a su abuela, quien padecía una enfermedad terminal. El convertirse en estudiante de medicina la hace enfrentar las experiencias escolares, dándose cuenta de que tiene herramientas propias de donde agarrarse: ha aprendido a estudiar y concentrarse, conserva su empatía, mantiene un sentido de protección hacia los demás y ha recuperado la confianza en sus capacidades; recursos que les han sido ampliamente reconocidos y frecuentemente recordados por su familia, aun a distancia.

Su referente más cercano es su madre, quien no terminó los estudios de secundaria y a quien observa esforzarse con el trabajo físico duro y mal pagado. Sin embargo es su madre la que

más la apoya y su mayor motivación para continuar sus estudios; ya que, al terminar la carrera, Diana se imagina que va a regresar a Tehuantepec con su familia o cerca de su familia y es desde ahí que podrá ejercer la medicina y apoyar a las personas de su ciudad y de su estrato social, incluyendo a su propia madre.

Antonio comparte con Diana su extracción social y su experiencia de haber entrado a la Fac. Med. UABJO como alumno foráneo. Este joven ha vivido un proceso de ruptura biográfica intergeneracional ya que su padre y su madre no son profesionistas; su convertirse en joven universitario y estudiante de medicina se ha contrapuesto a las expectativas educativas y ocupacionales que han sido tradición en su entorno familiar y en su estrato socio-económico. En el bachillerato Antonio no pensaba continuar estudiando y se proyectaba a sí mismo trabajando como su papá de albañil en la construcción.

Previamente a su ingreso a la facultad, Antonio se veía a sí mismo como un buen estudiante; sin embargo, no pensaba tener los recursos y habilidades para estudiar una licenciatura. Su procedencia social y su historia educativa y ocupacional familiar le hicieron dudar de su propia capacidad para aprobar el examen de admisión.

El convertirse en estudiante de medicina representó una clara ruptura biográfica personal en su vida. Este acontecimiento con todos los retos que ha implicado, realzó recursos con los que ya contaba previamente y que se volvieron cruciales en su proceso de ruptura, como el apoyo económico de su padre, su interés en el estudio, y su propia determinación de lograr la carrera. El ser un estudiante foráneo y de bajos recursos le ha permitido resaltar algunas cualidades, como el encargarse, de manera responsable, de la administración de sus propios gastos e ingresos así como de los de su hermano menor, al vivir ambos ahora en la ciudad de Oaxaca; así como decidir cuáles gastos escolares son realmente esenciales y necesarios para procurar los materiales que necesita para aprovechar al máximo sus estudios. La carrera le requiere un esfuerzo adicional puesto que trabaja cuidando a una persona mayor durante las noches; en comparación con la gran mayoría de sus compañeros de grupo, es mayor por un par de años; es decir, ha desarrollado habilidades de administración de su tiempo y su economía pero con un mayor desgaste físico de su parte, más desvelos y más aislamiento social de sus pares.

Para Antonio el proceso de ruptura biográfica personal se manifiesta en su ingreso a un medio académico que exige dedicación, disciplina, concentración y habilidades para el estudio, pero que además le requiere mayor esfuerzo, pues al competir con sus compañeros

con mayor capital cultural su autopercepción como estudiante está en constante fluctuación, haciéndolo sentir que debe esforzarse más. Al tener recursos económicos limitados y al no tener redes familiares en la ciudad de Oaxaca, ha tenido que cambiar de vivienda en varias ocasiones para poder encontrar un lugar cercano a la escuela que le permita no gastar en transporte público.

Su autopercepción cambió al convertirse en estudiante de medicina, ya que previamente, se pensaba incapaz de tener las mismas posibilidades educativas que las y los estudiantes originarios de la Ciudad de Oaxaca y de extracción social distinta a la suya. Ahora, tiene una mayor confianza en sus habilidades, al mismo tiempo que ha adquirido un cierto nivel de consciencia de que hay otros compañeros de grupo, que, a diferencia suya, conocen a los profesores, por ser hijos de médicos y/o pacientes de los mismos. Esto ha conllevado para ellos un aterrizaje más fácil en el ambiente de la Fac. Med. UABJO, una mayor familiaridad en el trato con los catedráticos y relaciones sociales más sueltas en la cotidianidad de las clases.

Antonio está ahora consciente de la existencia de ciertas distinciones en la escuela, de las que él está excluido en este momento; aun si reconoce que los profesores o por lo menos la mayoría de ellos no discriminan a estudiantes foráneos y/o de nivel socioeconómico más bajo. En resumen, lo anterior se traduce en una motivación, empeño y esfuerzo adicionales de su parte, para cursar las materias y alcanzar un buen promedio.

Un punto que acomuna a estos dos estudiantes es que sus rupturas biográficas intergeneracionales no han implicado de ninguna manera un proceso de distanciamiento con sus familias, más allá de lo físico; sino todo lo contrario. Ambos contaron en todo el momento con el apoyo de sus progenitores en la toma de decisiones trascendentales en sus vidas como seguir estudiando, seleccionar medicina como su camino profesional y mudarse a la ciudad de Oaxaca. Además sus familias siguen apoyándoles económicamente a costa de grandes sacrificios y les han dado, sobre todo en el caso de Diana, soporte emocional y aliciente en todo momento para confrontar las etapas más difíciles en el primer año de la carrera.

Por otro lado, Diana y Antonio tienen rasgos de personalidad bastante diferentes que me resultaron evidentes en sus comportamientos en clase, en las entrevistas, en las visitas a centros de salud que atestigué y en las múltiples conversaciones que sostuvimos. La primera es extrovertida, segura de sí, cómoda consigo misma, amigüera, generalmente sonriente,

empática y muy solidaria con sus compañeros. Es disciplinada en los estudios y muy pulcra en su vestir y en sus apuntes y tiene un buen desempeño académico. En sus primeras visitas clínicas a centros de salud que pudo presenciar, manifiesta cercanía, hace contacto visual, establece un cierto grado de horizontalidad y presenta facilidad en relacionarse con las y los pacientes. Para ella, la relación médico-paciente es lo que más importa en el ejercicio de la medicina. En la entrevista reafirma con convicción sus principios axiológicos o su visión soteriológica (Good, 1994) en cuanto a la finalidad del ejercicio de la medicina y su propia formación en la disciplina.

Antonio, por su lado, es muy serio, reservado, algo introvertido, al parecer cuenta con pocos amigos en la escuela, demuestra un cierto grado de inseguridad en sí mismo y a veces, aun si no siempre, expresa dudas y titubeos con respecto a sus propias habilidades y desempeño académicos; lo anterior, no obstante que ha alcanzado un buen promedio en sus clases. Se comunica con facilidad, participa mucho en clase pero casi no interactúa con sus compañeros. Presenta cierta rigidez o frialdad en el trato con los y las pacientes durante las visitas a los centros de salud y mantiene distancia física y de trato con ellos. Es como si le faltara soltura o confianza en sí mismo, por lo que parece escudarse atrás de su bata blanca, con una actitud algo tiesa por el esfuerzo de aparentar una desenvoltura que no tiene o no ha logrado adquirir todavía. La medicina es su vocación y lo que más le atrae es el conocimiento científico y técnico de la disciplina.

Es posible que estas características personales, con sus respectivas diferencias, tengan un peso específico y diferencial en sus formas de aprender a "ser médico"; eventualmente, podrían tener implicaciones en la construcción de una identidad profesional que presente rasgos diversos, sobre todo en el trato con los y las pacientes.

Si comparamos los casos de Antonio y de Diana con el de Ramiro y Ana, resulta evidente cómo algunos alumnos necesitan no sólo movilizar, sino crear o construir recursos propios por su cuenta, ante su falta en el entorno familiar inmediato o a través de los procesos de socialización a los que estuvieron expuestos desde la niñez. También es muy posible que sean estos alumnos lo que desarrollen una mayor resiliencia ante las dificultades de la carrera. Al parecer, son estudiantes como Diana y Antonio los que experimentan un mayor proceso de ruptura biográfica el cual incluye el desarrollo de estrategias adaptativas a diversas situaciones adversas o cuesta arriba, derivadas de su clase social de origen, una escolaridad menor de sus padres y/o patrones y modelos de género más tradicionales.

Ana y Ramiro, ambos hijos de médicos y de clase social medio-alta, no viven el mismo proceso de ruptura biográfica puesto que cuentan ya al ingresar a la facultad con el capital cultural y social necesarios para desenvolverse en la carrera de medicina. Al conocer desde niños a través de sus padres y/o de sus abuelos las demandas de la carrera de medicina en cuanto a habilidades requeridas de estudio y tiempos de dedicación, al tener mayor facilidad en adquirirlas, así como por medio de las relaciones que establecen o mantienen con sus profesores ya que en muchas ocasiones son amigos de sus familias, las y los alumnos de extracción de clase parecida a la de ellos, cuentan con ventajas frente a sus pares de estratos sociales más bajos; aún más, si estos últimos son foráneos sin vínculos sociales establecidos con el gremio médico.

Por otro lado, hay características personales de cada quien que pueden jugar a favor o en contra de estos procesos inevitables de adaptación a la carrera, al aprender a ser médico, a procesar los conocimientos técnicos de la materias, y a la conformación de una identidad profesional en ciernes; esto, más allá de la clase social o del lugar de origen.

Diana, al igual que Ana, tiene recursos personales propios que le hacen más fácil relacionarse con sus pares y con algunos profesores, compartir tareas y apoyarse con otros en el proceso de los estudios y en preparación de los exámenes. Incluso, en el caso de Diana, puede facilitar entablar relaciones sociales con sus pares y establecer vínculos de amistad que podrán ser de mucho apoyo en el futuro, construyendo poco a poco un capital social en la facultad con el que no se contaba desde el inicio. Además, permite a estudiantes como Ana y Diana acercarse a los pacientes y entablar una relación más cercana con ellos, lo que les puede facilitar recopilar la anamnesis y, eventualmente cuando les toque, llegar a un diagnóstico más certero y en donde el caso clínico se encuentre menos desvinculado de su relación con lo social. Por otro lado, Antonio--al igual que Ramiro--tendrán probablemente una mayor facilidad en conformarse a entornos hospitalarios rígidamente estructurados, una vez que avancen al internado y lo realicen en unidades médicas donde la organización del trabajo y las relaciones sociales entre personal y con pacientes sean más jerárquicas y distantes.

La construcción de la identidad profesional como médicos en formación en la Fac. Med. UABJO

El estudiar en la Fac. Med. UABJO implica que las y los alumnos aprenden el ser y el saber médico no sólo en los contenidos técnicos transmitidos en clase o en las relaciones interpersonales formales e informales entre pares y con los profesores, sino también a través

de la participación en ciertas actividades que traen consigo una fuerte carga convencional, ritual y simbólica y que son, desde el principio, obligatorias para todo el alumnado. Una de ellas tiene que ver con la ceremonia y el uso de la bata blanca; otra, con las prácticas de anatomía y de disección de cadáveres humanos en el anfiteatro y una tercera, con aprender el desapego emocional y, finalmente lograr una relación despersonalizada y distante con los pacientes.

Estos eventos y actividades son rituales de paso y marcan hitos importantes en los aprendizajes y la transformación identitaria de los y las estudiantes de medicina. Esta transformación es promovida para todos los alumnos y alumnas, aun si no todos la asimilan e incorporan de la misma manera. Sin pretender ser comprensiva en cuanto a los elementos que intervienen en un proceso tan complejo y finalmente, inacabado durante el pregrado de la construcción de la identidad profesional médica, considero que estos tres elementos pueden ejemplificar lo que sucede en los primeros años de formación en la Fac. Med. UABJO.

“Verse como médico”

En la carrera de medicina se aprende a “verse como un médico”. Los cuatro objetos simbólicos con los que más se identifica a la medicina son la bata blanca, el estetoscopio, la lámpara cefálica y el maletín negro, entre los cuales "la bata blanca [es] el identificador más potente" (Tristán et al, 2007:2).

Al ingresar a la Fac. Med. UABJO y de manera similar a las escuelas de medicina en el resto del país, el alumnado inicia a vestirse de blanco. El vestir con la bata blanca impacta en la corporalidad; es decir que los estudiantes perciben y expresan el medio que los rodea a través de sus propios cuerpos y con vestimentas que los distinguen de los demás.

Se supone que la bata blanca ocasione un cambio, al saberse portadores de un compromiso o de pertenecer a un gremio profesional que se distingue de manera visible para y de los demás. De alguna manera, el utilizarla hace que los y las estudiantes de medicina vivan por adelantado el cómo se verán y el cómo serán percibidos por los demás, iniciando por sus propias familias. En otras palabras, vestir la bata blanca hace aprender a “verse como médicos”.

La bata blanca y la indumentaria en general, son los que identifican con mayor fuerza a los estudiantes y trabajadores de la salud. Placeres (2017) quien es médico, sostiene que una

manera de socializar a los estudiantes de medicina es ver y hacer ver a la bata blanca como un símbolo de la profesión médica que tiene la finalidad de generar en los pacientes un sentimiento de respeto, al mismo tiempo que refleja seriedad, rigor, pulcritud y experticia en el profesional, lo cual tiene el objetivo de que el paciente confíe con mayor facilidad sus intimidades, preocupaciones y malestares en materia de salud, al médico que le atiende.

Aun reconociendo que hoy en día existe una crisis de credibilidad de la biomedicina y la bata blanca no tiene necesariamente el mismo peso que tenía antes en "asegurar" a los pacientes que su padecimiento será tratado con todo rigor y con conocimiento de experto, bajo el símbolo de la bata blanca queda intacto el concepto social de ser médico para quienes la llevan puesta. Tan es así, que al ingresar a la carrera de medicina, hay un verdadero proceso de iniciación centrado en este símbolo: "la ceremonia de imposición de la bata blanca", llamada así por el personal directivo de la Facultad de Medicina, la cual, a mi parecer, se vuelve un medio de definir a quien la porta como un defensor de la biomedicina (Rehman y cols., 2002).

La ceremonia de la bata blanca es un ritual de paso para los estudiantes de nuevo ingreso en la Fac. Med. UABJO, puesto que, por medio de la bata, los estudiantes se incorporan a una especie de "hermandad" que inicia al participante en una cofradía, en la que también son reconocidos como integrantes por sus profesores y destacados miembros médicos de su comunidad. Para los iniciadores de la ceremonia de la bata blanca es fundamental que los estudiantes de medicina asuman desde el primer día de su formación las expectativas y responsabilidades propias de un médico. Implica, en cierta forma, un compromiso en el que se aceptan las obligaciones de la profesión médica de acuerdo al juramento hipocrático que, en resumen, les pide: "dirigir sus vidas y practicar su arte en la rectitud y el honor". Es por este último compromiso que el peso social de la bata blanca es parte también de la intervención en la corporalidad de las y los estudiantes, que les imprime el ser estudiantes de medicina, es decir que a través del cambio en la apariencia del estudiante se podría también orientar su conducta dentro y fuera de la facultad.

La ceremonia de "imposición de la bata blanca" se realiza todos los años en la Fac. Med. UABJO en donde simbólicamente se les da la bata blanca a los alumnos de primer año al inicio del ciclo escolar; ceremonia que pude presenciar en el año 2018 y donde las autoridades académicas además, dieron un reconocimiento a los alumnos de todos los años con mejor promedio.

Desde una visión de la antropología médica crítica, la ceremonia de la bata blanca, más que promover las virtudes antes mencionadas y el humanismo, representa una ritualización simbólica del desequilibrio de poder, la separación y distancia entre profesional y paciente y el paternalismo que existe en la profesión médica. Ya que al establecer una jerarquía entre los estudiantes de los diversos años y entre los médicos y pacientes a través de la bata, se expone que quien sabe de la enfermedad y tiene la autoridad para emitir un diagnóstico es el médico, sin tomar en consideración el conocimiento del padecimiento por el enfermo.

Se considera que usar la bata blanca durante la carrera de medicina es uno de los umbrales de paso tal vez más fuertes, pues al ser evidente y estar presente en todos los escenarios en donde una pueda estar, les recuerda constantemente a las y los estudiantes, sobre el compromiso social o, por lo menos, la carga simbólica que acompaña el estudiar medicina. Así lo explica Marisol, estudiante de tercer año, al recordar el primer día en que se puso de blanco:

(Sol) ¿para ti qué significa ir de blanco? ¿cómo lo sentiste la primera vez que te lo pusiste?, cuando caminaste por la calle y te miró la gente, y eso ¿cómo sentiste?

(risas) Pues... fue, desde el primer día -nada más que me lo puse en mi casa, sin necesidad de salir a la calle- mi mamá fue así como de "ay, te ves muy linda". Sí [me tomó foto al instante], pero siento que es una responsabilidad bien grande porque, pues toda la sociedad te identifica como -no le importa si vas en primer año o en quinto año, o en tu servicio- te ven como futuro médico. Entonces, sí es una responsabilidad bien grande porque, no sé, no sabes en qué momento puede pasar algo en la vía pública y tú estés cerca de ahí y te pidan que reacciones o que intervengas y a veces pues no es lo mejor, cuando vas en primeros años que pues no vas a saber muchas cosas ¿no? Ni qué hacer, o puedes arruinarlo todo (risas). Pero, pues sí, se me hace bonito aunque sí es como mucha responsabilidad, yo siento. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Es así como para la mayoría de las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO, la bata blanca sigue representando una responsabilidad social, un símbolo de conocimientos, autoridad científica y moral, con el reconocimiento de la sociedad que los rodea.

Al mismo tiempo sin embargo, el uso y el significado atribuido a la vestimenta médica se está modificando a tal grado que el portar la bata blanca todos los días al interior de la facultad no se vive de una manera uniforme, sino que provoca diferentes reacciones. Hay quienes aceptan que es parte de los cambios en la corporalidad propios de estudiar medicina, pero lo interpretan como una regla que tiene la escuela, más que asumir e interiorizar el significado que se supone tiene este símbolo. La misma Marisol lo expresa en tal sentido:

Yo, al menos, no tengo problema con ir de blanco porque pues yo ya sabía que era parte de la carrera desde que entré, pues. Más que nada pues es que es, tal vez en algunos años -hace mucho tiempo- tuvo alguna razón de mayor peso que en estas generaciones tal vez

desconocemos, pero pues yo creo que desde que entras, tú ya sabes a lo que vas, pues ¿no? Que es parte de un reglamento y es parte de la facultad y así ha sido, y pues tienes que aceptarlo. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Esta alumna reporta casos de otros estudiantes que no se reconocen en esta simbología, no consideran importante su uso dentro de la escuela de medicina; algunos se rebelan hacia su uso que consideran impuesto y se adecúan a lo mínimamente aceptable para poder seguir asistiendo a clases:

...hace unos días un compañero discutía con una doctora porque la doctora nos exige ir completamente de blanco, y él le decía "bueno, es que yo no voy a aprender más o menos por venir de un color, o por qué un color" o así, pues ¿no? ... Por ejemplo a él sí le causa mucho conflicto el tener que vestirse de blanco; él siempre lleva arriba algo de otro color o, por ejemplo en esa clase que teníamos que ir de blanco, nada más se ponía la bata como para taparlo (risas) (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Marisol parece entender estas razones, pero finalmente, su postura es de adecuarse a las reglas de la escuela, afirmando además que este uniforme tiene otra importante función: ocultar las diferencias de clase que el vestir revelaría de manera ostensible:

Yo siento que; o sea, sí tiene razón mi compañero de que pues tal vez sí de otro color no nos afectaría o no sería una diferencia pero pues no creo que podamos cambiar algo respecto a eso y pues tampoco se trata de ir a tratar de rebelarnos contra todas esas reglas. También [la bata blanca] iguala las diferencias económicas entre nosotros porque, porque pues así como habemos personas que vivimos aquí, hay muchos que son foráneos, hay, hay muchos foráneos que también pues viven aquí, rentan y demás pero hay muchos que sí... pues sí les cuesta trabajo. Aparte la carrera pues sí es pesada, ahorita tenemos que comprar, pues los libros -nada más- son caros, luego que vamos a ciclos clínicos, el estetoscopio y demás. Entonces siento que sí es importante para eso. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Esta estudiante acepta el color blanco en su vestimenta, pues sabe que es parte de las reglas establecidas para cursar la carrera. Como ella, hay alumnos que aceptan el asumir una identidad, aun en ciernes, de estar permanentemente relacionados en la largas horas que pasan en la facultad al uso de la bata blanca, pero también al entrar y al salir de las instalaciones, al cruzar las calles y al ir y venir desde sus casas de lunes a viernes y a veces, también los sábados. Es como si aceptaran que para volverse médico hay que vestir así, sin ponerlo a discusión.

El caso de Marisol, por otro lado, es emblemático porque, aun si ha presenciado ya en tres ocasiones la ceremonia de la bata blanca, su llevarla puesta ha sido objeto de aprobación y admiración en su casa, y en sus palabras iniciales reconoce y siente el peso de la responsabilidad social que llevar esta indumentaria comporta en el espacio público, no parece haber incorporado y apropiado en su discurso el símbolo que la bata representa para la

biomedicina; más bien relaciona el portarla con una historia previa desconocida para ella. Entre los alumnos que, por otro lado, rechazan el vestir completamente de blanco, estos posiblemente se deba a que sus ideas del ser médico previas al ingreso a la carrera no estén directamente relacionadas con el uso y el significado de ese vestuario. Es aún más probable, que esta actitud se relacione a una negación en aceptar un cambio en la corporalidad propia juvenil, manteniendo así un margen amplio para seguir comportándose y apareciendo como “uno mismo”.

Observar como médico: La objetivación del cuerpo humano

Otro de los umbrales de iniciación en la carrera de medicina se cruza durante el primer año de estudio, en la materia de anatomía humana. Se trata de las experiencias vividas en el anfiteatro; es decir, el lugar en donde se observan, se diseccionan y en algunas ocasiones se disecan los diferentes órganos de los cadáveres humanos. Se trata de una experiencia transformadora ya que se construye el cuerpo como un nuevo objeto de estudio, separándolo de la persona como sujeto.

El estudiante aprende poco a poco a objetivar al cuerpo humano como materia inerte, a cosificarlo y a estudiarlo con la mirada fría, distante y objetiva de la anatomía como ciencia. Es una experiencia fundante, en la que al mismo tiempo en que se escinde la racionalidad de las emociones, se reconstruye al estudiante para que se apropie de la mirada clínica (Foucault, 1966), donde el objeto de estudio ya no es una persona, tampoco es todavía un paciente, sino solo un cuerpo, un caso, un número o un simple cadáver, o una serie de órganos y partes.

Además de ser "deshumanizante" en el sentido literal de la palabra²⁰ y como diría Good (1994) y la experiencia en la materia de anatomía de la disección del cadáver--descrita como un momento de ruptura profunda en múltiples análisis de la enseñanza de la biomedicina (Good, ([1994] 2003); Lella y Pawluch, 1988; Segal, 1988)--se vuelve "productiva" en el sentido de crear en los estudiantes nuevos sujetos a través de una tecnología del *self* que vuelve rutinario y normaliza el proceso de objetivación (Foucault, 1983; 1984), ya que esta experiencia transforma o "remodela" (como diría Good, ([1994] 2003), activamente el mundo experiencial del estudiante.

²⁰ En el Diccionario en línea Word Reference se provee esta definición: "deshumanizante", adjetivo. Que hace perder características humanas (<https://www.wordreference.com/definicion/deshumanizante>).

Este momento marca un hito importante, puesto que involucra todos los sentidos, interviene el raciocinio y provoca sentimientos múltiples y contradictorios. De manera parecida a otras escuelas de medicina (Becker et al., 1961; Good, 1994; Hafferty, 1988), este umbral de paso durante el primer año, se convierte en una de las experiencias encarnadas más comentadas entre estudiantes de medicina y también entre éstos y sus familiares.

En este momento de transición, el estudiante aprende cómo se debe comportar, suprimiendo emociones para aprobar la práctica, pero también para olvidar que está tocando el cuerpo inerte, frío y acartonado de alguien que fue un ser viviente, un ser sintiente, una persona con una historia propia:

Sí, tengo anfiteatro. Pues es gracioso porque cuando entré a anfiteatro yo fui el primero que dije yo recojo el cuerpo.... Nada más, porque quería recogerlo. Pero la sensación sí fue extraña al principio, porque están en una tina que está con agua. Bueno, con agua en formol -casi helado- entonces la sensación no es muy agradable cuando metes la mano -porque está todo frío- tocas el cuerpo y sigue frío, esperando que esté caliente algo pero no, sigue frío todo. Entonces esa experiencia [es un] poco fuera de lo común. Creo que sí es muy extraño porque los tienen en una bandejota, ahí tienen como siete cuerpos apilados. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

Hay testimonios de estudiantes que, al inicio de la carrera, observan el trato a los cadáveres como poco respetuoso y/o sienten curiosidad por saber la historia de las personas a las que están disecando; esto nos enseña cómo el proceso de objetivación, distancia y desapego apenas está iniciando y está todavía muy lejos de completarse:

Se supone que nada más tenemos permitido tomar cadáveres que son, este, fallecidos por accidentes, pero no enfermedades. Pero... sí, quisiéramos saber así, como qué le habrá pasado. Especialmente, el cadáver que a mí me tocó, era de una mujer, y... ya estaba... pues muy, muy.... muy dura su piel. Este, acartonada. Eh, y arrugada y todo eso, pero... no, no, antes de... yo me imaginaba que antes de morir, era una señora como de cuarenta años. (Mario, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Un estudiante, Ramiro, comentó que en ocasiones se ha enfrentado a un cuerpo inerte que fue persona y esto le ha generado sentimientos ante la muerte, ante el cuerpo humano sin vida, inerte, frío, rígido; al mismo tiempo, reconoce que fue persona y que ya no lo es. Para él, hay un sentido de ética y de moralidad que tendría que tomarse en cuenta al tratar con cadáveres:

Se me hace una falta de respeto cómo se trata el cuerpo. Porque todos lo manosean, y lo peor es que ni siquiera son doctores, son estudiantes de medicina que pueden o no quedar para el segundo año. Y siento que es muy irrespetuoso cómo los tienen en una pila uno sobre otro y sin nombre, sin nada, siento que es muy denigrante para la persona que está ahí. No sabes cómo llegó ahí, no sabes ni siquiera su nombre, no sabes si a esa persona le hubiera gustado que lo trataran como la tratan. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

Para Marisol, el entrar al anfiteatro puso en juego su conciencia de la finitud de la vida, incluyendo la suya propia. El estar en contacto con los cadáveres hizo que ella misma se sintiera reflejada y tomara plena conciencia en cuanto a tener ella un cuerpo, a ser ella cuerpo, y enfrentar que en algún momento será ella misma materia inerte. Marisol ha sentido curiosidad y conflicto en relación a conocer la historia de vida del cadáver que se encontraba manipulando y respeto por la persona que fue en vida, lo cual se refleja en su necesidad de “nombrar a sus cadáveres”:

Le preguntaba mucho a mi instructor, le decía que si no les decían cómo... cómo había llegado una persona ahí, pues ¿no? Sí, me causaba como un conflicto al principio el saber cómo una persona había terminado ahí, pues ¿no? Que nadie hubiera reclamado su cuerpo, no le hubiera preocupado nada, pero él me decía que no les decían... Ni de qué había muerto, ni nada, pero nosotros al final que disecábamos, le poníamos nombre a cada uno para no referirnos como de una forma fea, y tratábamos como con respeto a los cuerpos ¿no? Como, siempre tratábamos de no azotar ni extremidades, ni cabeza, nada. Igual nos decía que se tenían que mantener íntegras las palmas de las manos por cuestiones de las huellas, y así; igual la cara tratábamos de... como respetar todo eso, sí. (Marisol, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista).

Finalmente, dentro de los testimonios de las y los alumnos entrevistados encontré historias de pesadillas que involucraban al estudiante, soñando a su cadáver como un castigo a su mal comportamiento. Esto enseña que la manipulación de los cadáveres no está exenta de consecuencias y costos emocionales que se transfieren hasta en el nivel del subconsciente:

Porque... eh... sí hubo quien durante, este tiempo, este, inclusive tuvo pesadillas, ¿no? Y pues, se salieron, pero todo inició porque uno molestaba y molestaba y molestaba y molestaba a su cadáver. Entonces, siempre, nuestros instructores, nuestros... vimos que los catedráticas nos decían, "respetemos los cadáveres". Pero no nos podían tener el ojo todo el tiempo. Y había un chamaco que siempre estaba, 'tras' cacheteándolo, jugándole. Y un día empezó a... dejarlo de hacer. Y curiosamente, dice que empezó a soñar con un, con su cadáver. Soñó con su cadáver. Lo veía en su... en sus sueños. Y ya no le gustó. (Mario, 22 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Sentir como médico: El desapego emocional y la despersonalización del paciente

¿Cuáles son las implicaciones que los ritos de iniciación a la medicina como el ingreso al anfiteatro tienen en cuanto al manejo de las emociones entre los estudiantes?. Considero que el enfrentarse por primera vez a un cuerpo humano inerte o a partes seccionadas de un cuerpo durante el primer año de medicina es un momento de profunda ruptura por el que las y los alumnos de la Fac. Med. UABJO atraviesan y en cual se espera de ellos que logren despojarse de emociones para poder ser “aptos” en continuar estudiando medicina. Es decir, se les exige mirar un cuerpo humano sin pensar que pertenece a una persona con historia propia. Es posible también que el hecho de negarles el conocer los antecedentes personales

de los cadáveres que los alumnos manipulan tenga que ver con un primer acto de disociación de las patologías de su entorno social y reafirmar desde un inicio de la carrera de medicina que para aprender a diagnosticar y curar no se necesita conocer ningún dato que no apoye la causalidad objetiva del diagnóstico de corte biológico.

Las y los estudiantes de medicina se ven forzados a “manejar emociones de una manera distinta que los demás jóvenes” durante su formación y desde el inicio de la carrera. Este proceso en la educación médica ha sido estudiado críticamente por múltiples autores, remarcando los costos emocionales que esto implica para los mismos jóvenes en formación, pero también en sus efectos en su futuro actuar como médicos (Konner, 1987; Hafferty, 1991; Good 1994; Sinclair, 1997; Jaye et al, 2006; Rabow et al, 2013; Rabow, 2014); siendo una característica intrínseca e innegable de la socialización hegemónica en la educación médica.

Existen momentos clave en la carrera de medicina en donde se aprende qué emociones sentir, cuáles son permitidas y cuáles no para un médico. Yo me inicié en este mundo de transformaciones emocionales, que creo que vivimos todos los que estudiamos medicina, cuando me enfrenté, en los primeros años de mi carrera, a las prácticas de la materia de anatomía, en el servicio médico forense de la Ciudad de México, cuando olvidé o “normalicé” poco a poco, el olor de un cadáver reciente; más tarde, en mi tercer semestre de la carrera, en la materia de técnicas quirúrgicas, cuando fui la “responsable” de “cuidar” a un perro para realizar en él cirugías, alimentarlo y, posteriormente sacrificarlo en una práctica de la materia de fisiología.

Nombré al perro “Canelo” y recuerdo que sentí mucho cariño por él ya que durante varios meses fue “mi paciente” en las prácticas de técnicas quirúrgicas, fue en él en quien aprendí primero a canalizar una vena, a suturar la piel y a quien también le realicé una traqueostomía (cirugía en donde se abre la tráquea para introducir un tubo de ventilación); lo cuidé mucho porque era “mi paciente” y me interesaba su evolución, de hecho sobrevivió a varios procedimientos que realizamos en él. En el fondo, me daba cuenta que lo que nos enseñaban a hacer era aprender experimentando en un animal vivo y sintiente y hacia el cual no lograba suprimir el cariño y ante el cual sentía una profunda culpabilidad suprimida; eso me perturbaba profundamente pero, era lo que había que hacer. Coloqué mis emociones en un cajón bajo llave, con tal de aprender a hacer procedimientos y cirugías. Hasta el día de hoy, recuerdo cómo y cuándo me tuve que despedir de él, porque no lo volvería a ver vivo.

En La Fac. Med. UABJO, la situación es, en general, parecida a lo anteriormente descrito. La diferencia tal vez más marcada con el pasado es que ya no se experimenta con perros vivos, los cuales han sido substituidos por conejos, con los que es más fácil mantener una distancia emocional. Pero los momentos clave de aprendizaje siguen estando muy presentes.

A las y los estudiantes, se les invita a “madurar” emocionalmente o sea, a controlar sus emociones; este proceso se da de una manera bastante decisiva y a una edad muy joven. Es un proceso además, que los separa y los hace pensar y sentir diferente de los demás jóvenes universitarios de su misma generación. Finalmente, se trata de enseñarles, y ellos aprender, un nuevo modo de sentir y de comportarse. Este proceso de poner en jaque o no mirar las emociones, representa una ruptura biográfica profunda para la gran mayoría de los y las estudiantes de medicina en la Fac. Med. UABJO. Posiblemente estas emociones "estorben" y sus intentos de supresión o por lo menos, control, se vuelvan parte de una “preparación emocional" que se considera necesaria para poder ejercer la biomedicina en un futuro.

Marisa, de primer año, no totalmente convencida aún, lo describe así:

Pues yo creo que el ambiente podría ser mejor, creo que podríamos estar más en paz entre todos, eh... entre nosotros, con otros años, con los doctores; creo que igual a veces, creo que igual los doctores intentan -a veces- tal vez no con mucho éxito, prepararnos a veces para cosas más difíciles porque si a veces, si nosotros no podemos soportar esta presión y somos -por ejemplo, yo- demasiado sensible para soportar todo esto, tal vez después, cuando vea cosas muy terribles o vea personas muy enfermas o vea cosas muy... feas, tal vez no lo soporte ¿no? Entonces, tal vez por eso son duros o porque en primero pues, tal vez no es nada y después va a ser más difícil; entonces creo que sí podría mejorar el ambiente, creo que igual vale la pena estar aquí porque creo que es la carrera que escogí y al final la escogí por una razón, eh, bueno por varias razones, supongo. Y yo me veo a mí misma como doctora, tal vez no necesariamente como estudiante de medicina, pero sí como una doctora y sí quiero llegar a ese punto. (Marisa, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

Parte de la construcción del ser médico, se encuentra permeada por la idea de que las y los estudiantes de medicina saben que se enfrentarán a situaciones en la carrera que les demandarán desapego emocional. A este desapego, entre docentes y también entre algunos alumnos, se les llama comúnmente "madurez emocional". Se le da así una connotación no sólo positiva sino aspiracional, como una meta deseada que hay que alcanzar a través de un gran esfuerzo de autocontrol y/o por medio de prácticas para desensibilizar, impuestas por algunos docentes en sus clases y en las formas en que tratan a los y las alumnas.

Para algunos alumnos, el desapego emocional se vuelve sinónimo también de “fortaleza emocional”, una "cualidad" que se adquiere a través del esfuerzo pero que también se puede desarrollar previamente al ingreso de la carrera de medicina con las experiencias de vida propia. Algunos la consideran un requisito importante o, por lo menos un rasgo de

personalidad deseable para ser un estudiante de medicina exitoso. En este caso, se tiende a colapsar la "madurez emocional" con el desapego de la familia de origen y los seres queridos y con la autosuficiencia. Así lo describe Ramiro:

Yo pienso que es necesario tener cierta madurez emocional para estudiar medicina... es bastante difícil separarte, al principio, de tu familia. pero ahí depende de la fortaleza que tengas, mental y también de cuáles sean tus metas... Porque si vas a estar decayendo [por la separación de tu familia], no creo que sea una buena idea estudiar algo que te demanda tanto y que básicamente en donde vas a estar solo. (Ramiro, 18 años, estudiante de primer año, entrevista).

Tomando como ejemplo el testimonio anterior, cada alumna y alumno de la Fac. Med. UABJO vive su propio proceso emocional, en el cual, en mayor o menor grado, cada uno requiere de apoyo de redes familiares o sociales cercanas para vivirlo; sin embargo, esta necesidad se interpreta, entre algunos estudiantes y sobre todo entre algunos docentes, sobre todo varones y de mayor edad, como ser débil o incapaz de estudiar la carrera. Se suprimen emociones para poder estudiar medicina y se hacen prácticas que socializan en esa supresión. Los ejemplos anteriores de la entrada al anfiteatro o el aprender a trabajar y experimentar con animales por quienes no es "conveniente" sentir empatía son indicativos de estas prácticas. Lo son también ciertos malos tratos que los y las estudiantes reciben de algunos de sus profesores los cuales, como vimos en el capítulo dos, consideran que los están "educando" a sobrepasar debilidades propias y piensan que la medicina se debe de aprender con "sangre, sudor y lágrimas", justamente como formas de socializarlos a aprender a suprimir emociones y a "fortalecerse" en el proceso.

En la vida cotidiana de la facultad, tal vez, más que promover una supresión de las emociones, se fomenta que los y las estudiantes experimenten una constante tensión entre las emociones tangibles y reales que sienten y expresan y las que son permitidas o valoradas positivamente en el proceso de volverse médicos. Esta tensión es una muestra de lo que se ha definido como disonancia emocional: una discrepancia entre las emociones sentidas y las emociones que se perciben como requeridas o que se expresan para ajustarse a las normas institucionales de expresión (Hülshager y Schewe, 2011; Hochschild, 1983; Rafaeli y Sutton, 1987); instituciones que incluyen a una escuela de medicina o un hospital donde se llevan a cabo prácticas clínicas o el internado.

Estas tensiones emergen porque, tanto en las prácticas en cadáveres como en animales, así como en los primeros contactos con pacientes en los centros de salud, hay alumnos que muestran en realidad actitudes y expresiones que denotan en muchas ocasiones una profunda sensibilidad. Así se puede deducir de estos recuentos de Ana y Diana después de sus primeras

visitas a centros de salud, cuando les tocó asistir a partos o visitar a mujeres recién paridas con sus bebés:

Entonces me tocó quedarme con ella [la mujer que estaba dando a luz], le teníamos que medir las contracciones y todo y, pues, como que la señora agarró mucha confianza conmigo, que no me soltó en ningún momento. De hecho me tocó ver el parto atrás (risas), junto con ella, dándole la mano porque no me soltó para nada; fue como “no, no me sueltes, no me sueltes”. Y, pues, más que nada la apoyé en ese momento en [apoyo] moral (risas). (Ana, 21 años, estudiante de tercer año, entrevista.)

Ah, pues sí, es como diferente porque tengo compañeros que son como que muy reservados, muy serios y como que los pacientes son como que más así... le preguntan y le dicen lo que les preguntan, muy concretos. Pero yo como que soy muy, como que siempre estoy sonriendo, o no sé, y como que siento que los pacientes como que se sueltan más y entonces eso, eso me pasó que los pacientes son como que muy... hasta un día llegó una muchacha con su bebito, y el nene quería estar puro conmigo y con mi compañera pero pedía que lo cargara uno, luego que lo cargara otro. Son como que, si te portas como [e]mpático, bien, con tus pacientes; ellos como que te dan la información sin problemas. Y siento que cuando estás como serio, como que no tienen la confianza, como que se... no sé, como que no te dicen las cosas más como... Como deberían. (Diana, 21 años, alumna de tercer año, entrevista.)

Es innegable que esta sensibilidad ha sido cortada, acotada o reprimida entre muchos estudiantes que se han adaptado o se están adaptando durante el pregrado a los procesos hegemónicos de socialización presentes en la educación médica en la UABJO (al igual que en muchas otras facultades de medicina en México y en otros países); o también puede ser que no se manifieste en alumnos que ya estaban de alguna manera predispuestos por sus propias historias personales y familiares previas, a retener y controlar emociones.

Sin embargo, esta sensibilidad parece inalterada en estas y otras estudiantes que ya están cerrando su tercer año; la he podido atestiguar también entre otros alumnos -hombres y mujeres- de cuarto año durante mi trabajo de campo y las observaciones en clases y en las primeras prácticas clínicas. Es una sensibilidad que se traduce en no aceptar los violentos juegos emocionales de humillación, denigración y sometimiento que algunos profesores ejercen en clase, por ejemplo, al decidir cambiar de grupo, aun si esto puede costar un año de retraso en la carrera. Se puede también constatar, cuando hay alumnas y alumnos que al terminar las prácticas en el anfiteatro, siguen manifestando abiertamente y con cierto grado de indignación su inconformidad con un manejo de cuerpos humanos que ellos consideran deshumanizante e irrespetuoso. Finalmente, se encuentra en alumnas que tienen recursos personales propios desarrollados previamente que les permite ser resilientes, seguir estableciendo relaciones de empatía, cercanía y apoyo en sus primeras visitas con pacientes, y afirmar -en contra de lo que se promueve en muchos ámbitos y momentos de la educación

médica- que esta forma de relacionarse con empatía es la más indicada para poder ser futuras médicas eficaces, seguras, conocedoras y competentes.

Conclusiones

En este último capítulo, se ha colocado la mirada hacia los procesos de socialización y aprendizaje que enfrentan los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO al llegar a la facultad y en los años del pregrado. Hemos visto cómo su integración a la universidad representa un momento de transición importante como jóvenes universitarios, cuya vida cotidiana se transforma en múltiples sentidos con respecto a lo que eran sus cotidianidades cuando estudiaban en la media-superior. Para algunos de ellos la transición es más marcada que para otros, en donde los estudiantes de nivel socioeconómico bajo y sobre todo los foráneos que llegan a establecerse por su cuenta a la ciudad de Oaxaca sin el apoyo presencial de sus familias, son los que más cambios experimentan.

Al mismo tiempo, se ha enfatizado que la transición más fuerte se vive al volverse estudiantes de medicina, ya que es una carrera que implica mucha dedicación, esfuerzos, métodos específicos y tediosos de estudio, poco tiempo libre para el esparcimiento y gastos fuertes para la adquisición de materiales y libros. Aún más, los y las estudiantes se enfrentan a presiones para alcanzar y mantener promedios y enfrentan situaciones diversas y múltiples de desgaste emocional; algunas provocadas por profesores que los retan en clase, los llegan a descalificar y a veces los humillan frente a sus compañeros y compañeras. Todo lo anterior implica un proceso de adaptación que conlleva costos y que cada alumno enfrenta con los recursos materiales, emocionales y sociales que tiene a su disposición.

A través de las historias de cuatro estudiantes, vimos cómo hay procesos importantes de continuidad y procesos de rupturas biográficas importantes, dependientemente de quiénes son los alumnos, de qué familia provienen, del capital social y cultural con los que cuentan y también de sus propios rasgos de personalidad. La extracción social tiene una fuerte influencia en poder garantizar el mantenimiento de un capital cultural que facilita la transición a ser estudiantes de medicina para aquellos que provienen de clase media-alta y de gremios médicos, mientras que la *ruptura biográfica intergeneracional* es crucial para aquellos que proceden de núcleos familiares de un nivel socioeconómico bajo y de escolaridad básica. Para todos, sin embargo, estudiar medicina y aprender a ser médico implica un proceso de transformación individual al que hemos referido como un proceso de *ruptura biográfica personal*.

Finalmente, se escogieron tres momentos cruciales en la carrera de medicina, para enseñar cómo y hasta qué punto los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO aprenden a ser médicos de acuerdo a la formación hegemónica de la biomedicina: el vestirse como médico, el verse como médico, el evacuar como médico y el sentir como médico: el primero, ligado a la obligatoriedad de vestirse con la bata blanca como símbolo de distinción, autoridad profesional y responsabilidad social; el segundo, con el aprender a objetivar y manipular el cuerpo humano como algo separado de la persona; y el tercero, con aprender a manejar y controlar las emociones para llegar a un cierto nivel de desapego y distancia emocional con los futuros pacientes. En todos estos casos, mi pretensión ha sido poder mostrar que no todos los alumnos parecieran introyectar sin más esta ideología y comportamientos. Sin negar que son indudablemente hegemónicos, hay espacios para disidencias y hay alumnas y alumnos que intentan construir una identidad profesional médica donde la empatía se mantiene como un rasgo central.

Conclusiones finales

Este trabajo es el resultado de una trayectoria profesional mía como médica especialista, donde, con el pasar de los años, inicié a hacerme preguntas cuestionadoras sobre mi profesión a las que me di cuenta que no podía contestar a través de mi propia mirada médica, por más humanista o en bioética que fuera mi formación. A través de mi trabajo previo durante la atención y acompañamiento de “partos humanizados” y posteriormente durante mi participación en la capacitación a personal médico en este tema, me inicié a preguntar si realmente las actitudes y la atención de los médicos, en este caso, hacia las pacientes obstétricas, no podían ser modificadas hacia otras formas de atención, tomando en cuenta a las pacientes y sin violencia. Me daba cuenta que para ellos era difícil y complejo cambiar su forma de atender, porque así era como habían aprendido o porque era ya parte de su identidad profesional.

Busqué estudiar la Maestría en Antropología Social con especialización en antropología médica justamente para entender los cómo y los porqués de esa formación. El proceso de formación en la Maestría, el apoyo de mi directora de tesis, la investigación y el trabajo de campo, del análisis y sobre todo de la escritura de la tesis han resultado ser muy enriquecedores y retadores a título personal, ya que me han enseñado a aplicar una mirada reflexiva y autoreflexiva que me ha hecho romper paradigmas ideológicos dóxicos derivados de mi propia mirada profesional y de mi propia historia personal de los cuales no tenía consciencia. Esta tesis es un producto de esas rupturas.

A mi ingreso al Programa de Maestría, la pregunta que formulé inicialmente fue si durante la formación médica de pregrado las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO construyen un *habitus* médico autoritario que los socializa en aprender a actuar de manera despersonalizada, distante y jerárquica como un resultado inevitable de la formación médica.

Sin embargo y en el proceso de aterrizar esa pregunta en un contexto concreto específico-- la Fac. Med. UABJO por ser la institución formadora de la mayor parte de los médicos en el estado de Oaxaca--me resultó más interesante y pertinente aún, preguntarme acerca de quiénes eran/son los estudiantes que ingresan y egresan actualmente de esa facultad, así como entender en concreto su proceso de formación. Es decir, mi interés se centró ya no solo en el proceso de enseñanza-aprendizaje en sí, sino en cómo las y los estudiantes viven este proceso, cada uno desde sus individualidades, para construir poco a poco una identidad profesional médica propia, a través de los años de formación en conocimientos técnicos,

habilidades clínicas, y relaciones interpersonales con sus docentes y sus pares al interior de la facultad. Además, me moví de mi planteamiento inicial y dejé de asumir a priori que el resultado de la formación médica es la adquisición de un *habitus* médico autoritario desde los años del pregrado.

En estas últimas reflexiones, retomo los resultados obtenidos y los principales hallazgos de cada capítulo, a partir de los objetivos y las preguntas que guiaron la investigación.

Las preguntas que se plantearon en la investigación fueron: ¿Qué características asume y cómo se construye la identidad profesional médica entre los y las estudiantes en el proceso de formación de pregrado en la Fac. Med. UABJO? ¿Con qué especificidades en relación a las distintas identidades étnico-raciales, de clase social y de género de los y las estudiantes de Medicina? ¿Cómo y hasta qué punto juegan sus experiencias significativas de vida y/o posturas políticas, antes de entrar a la Facultad o durante sus estudios, en la construcción de esa identidad profesional? ¿A través de qué procesos de socialización se construye esa identidad profesional médica durante la carrera?

Para responder a la pregunta de investigación en el “Capítulo introductorio” hablo sobre las características de la Fac. Med. UABJO como institución educativa, y hago referencia a sus antecedentes históricos para conocer cuáles de estos aspectos son parte de la representación social hegemónica de la facultad hoy en día y cuáles pueden quedar impresos en la identidad profesional médica de las y los estudiantes. Abordo en este capítulo el contexto sociohistórico de la construcción de la profesión médica y del desarrollo de la medicina como ciencia y como práctica profesional, lo que me sirvió para aclarar que la medicina como constructo social tiene orígenes antiguos pero no incuestionables. El revisar las diferentes formas de estudio que ha tenido la educación médica a lo largo del tiempo, y qué conceptos se han utilizado para su abordaje, me permitió conocer que el estudio de la educación médica se ha enfocado en los últimos años en el proceso de socialización, mismo que resalto como proceso principal para entender la construcción de la identidad profesional médica.

El punto central de mi investigación fue la construcción de la identidad profesional médica, partiendo de las identidades personales que las y los estudiantes de Medicina traen consigo al llegar a la Facultad. Para eso, en el capítulo, titulado “¿Quiénes son los estudiantes de medicina y qué significa estudiar medicina para ellos?”, describí algunos de los principales resultados de las encuestas aplicadas a 151 alumnas y alumnos de la carrera de medicina de primero, tercero y cuarto año, en donde se cruzaron variables para conocer las representaciones sociales de las y los estudiantes sobre el “ser médico” y sobre la Fac. Med.

UABJO, desagregadas por género, clase social, si los estudiantes eran foráneos o no, así como la escolaridad de los padres.

En cuanto a la pregunta ¿quiénes son los estudiantes de medicina?, los resultados de la investigación me mostraron que son principalmente estudiantes mujeres, que la mayoría de las y los estudiantes son de clase media y que son principalmente originarios de la Ciudad de Oaxaca y Valles Centrales. El hecho de que la mayoría son mujeres es un punto que coincide con el fenómeno generalizado de la feminización de la profesión médica, no solamente a nivel de nuestro país sino en el mundo, lo cual, como observamos en esta investigación, promueve el desarrollo de tecnologías de género en una facultad como la Fac. Med. UABJO, para mantener la hegemonía de la visión androcéntrica en la profesión médica.

Debido a la feminización en la profesión médica podríamos aspirar a construir un nuevo modo de conocimiento en Medicina, en el que se encuentre integrado el “ser mujer” dentro de la construcción social del “ser médico”; sin embargo, a pesar de que la carrera de Medicina tiende a la feminización del alumnado y de los profesionales, las configuraciones de género y el carácter masculinizado de la carrera y de la profesión continúan siendo las mismas. Esta situación en la Fac. Med. UABJO está relacionada también con la escasa presencia de modelos médicos femeninos.

El estudio sugiere también que es posible que la representación social de “ser médico” para las y los estudiantes de Medicina, presente diferencias basadas en el género, mostrando que existen diferencias en el proceso de construcción de la identidad profesional entre las alumnas y los alumnos lo que ocasiona que podrían existir diferencias en el proceso de construcción de la identidad profesional entre varones y mujeres en la formación médica. Este punto necesita de mayor exploración, representando una veta interesante a indagarse para futuras investigaciones.

Se encontró que existe una correlación entre la clase social de autoadscripción y la representación social de la carrera de Medicina y la Fac. Med. UABJO ya que fue muy alto el porcentaje de estudiantes de nivel socioeconómico bajo y medio que optaron por estudiar medicina por un interés vocacional (60%), mientras que los alumnos autoadsritos a un nivel socioeconómico medio alto o alto respondió haber optado por estudiar medicina por interés vocacional únicamente en un 36%. Los estudiantes que se autoadscribieron a las clases baja y media tuvieron, desde su elección de carrera, una mayor orientación vocacional por la misma, mientras que los de clase alta mostraron, principalmente, haber recibido influencias externas y aspirar a obtener altos ingresos con su elección. Llama la atención el hecho de

que sean los estudiantes de clase baja y media quienes muestren mayor vocación. Es posible que esto tenga que ver con una construcción social diferenciada de la profesión médica por clase social, que necesitaría explorarse mucho más a fondo.

Es importante entender que en este estudio, la mayoría de los y las alumnas ya fueron "filtrados" exitosamente para ingresar a la carrera de Medicina en la UABJO a través de un embudo que deja fuera a muchos por las profundas desigualdades sociales y educativas del estado, llegando entonces a estudiar la carrera estudiantes que, en su gran mayoría, proceden de familias de clase media y medio-alta y de un nivel educativo alto, lo cual confirma que la movilidad social es baja para la generalidad de los estudiantes. Podemos deducir que la movilidad social de las y los jóvenes que ingresan a la Facultad de Medicina es en realidad bastante escasa, debido a que quienes logran llegar a esta carrera provienen, en su mayoría, de hogares que de por sí, ya contaban con padres profesionistas.

En el capítulo 2 "La construcción del ser médico" se responde a la pregunta: ¿Qué características asume y cómo se construye la identidad profesional médica entre los y las estudiantes en el proceso de formación de pregrado en la Fac. Med. UABJO?

En este capítulo abordé cómo se construye el "ser médico" en la facultad desde la perspectiva de la enseñanza y de los docentes, enfocándome en los testimonios de los docentes y de las y los alumnos, así como de mis propias observaciones en el salón de clase sobre cómo los profesores instruyen con sus propios estilos didácticos y acerca de las relaciones sociales que establecen con ellos en los salones de clase y fuera de los mismos, así como a nivel de contenido de sus materias. Existen diversos estilos pedagógicos entre los profesores de la Fac. Med. UABJO, mismos que obdeecen a su propia historia y a su propio ser médicos. A través de sus interacciones cotidianas con las y los alumnos, transmiten un curriculum oculto, que funciona como una herramienta para la construcción final del ser médico para los alumnos. Sin embargo, cabe resaltar que cada alumno toma las actitudes y valores transmitidas por sus profesores dependiendo de sus propias identidades personales, marcadas por el género, la clase social, la escolaridad de los padres y el lugar de origen. Las y los alumnos se adaptan, modifican o resisten las enseñanzas del curriculum oculto de manera particular, resultando en una variedad de formas de "ser médico".

En el capítulo 3 "La medicina se aprende como si estuviéramos viendo el motor de un carro": La construcción del saber médico en la Fac. Med. UABJO", basándome en el análisis de las observaciones en clase y analizándolo desde la perspectiva de los docentes, llego a la conclusión que el saber médico se construye en la Fac. Med UABJO enfocándose en la teoría

mecanicista y biologicista, en el método anatomoclínico y en la enseñanza de la mirada clínica. Los conocimientos que el proceso enseñanza aprendizaje brinda a las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO transforma la manera de ver la realidad, ya que al convertir una persona en un conjunto de órganos y separarlo de sus emociones se aprende la “mirada clínica”, misma que después servirá para construir patologías desde la mirada biologicista como casos clínicos; como tales, separados de la persona que las padece.

En la Fac. Med. UABJO se aprende a “constituir los objetos de estudio“ a los cuales las y los estudiantes atenderán como futuros médicos, así como a describirlos a través del lenguaje técnico médico. De este modo, se enseña a los estudiantes que a través de los sentidos, así como del uso de materiales auxiliares del diagnóstico, se puede conocer cuál es el órgano enfermo y ofrecer un tratamiento, sin involucrarse profundamente con el sujeto enfermo. El saber médico se transmite de manera similar a otras escuelas de medicina, con predominio de la visión hegemónica de la biomedicina en la cual las y los alumnos aprenden el lenguaje técnico y habilidades necesarias para el diagnóstico médico y la curación de la enfermedad.

En el último capítulo, el cuarto, titulado "La transformación de la identidad personal y la construcción de la identidad profesional entre estudiantes de la Fac. Med. UABJO" sigo abordando la pregunta central ¿Qué características asume y cómo se construye la identidad profesional médica entre los y las estudiantes en el proceso de formación de pregrado en la Fac. Med. UABJO?, pero esta vez desde la perspectiva de los y las estudiantes. Además, se toma en cuenta la pregunta ¿Cómo y hasta qué punto juegan sus experiencias significativas de vida antes de entrar a la Facultad o durante sus estudios, en la construcción de esa identidad profesional?

Por medio de mi acercamiento a las y los estudiantes de medicina, a través del análisis de sus relatos de vida, se llega a la conclusión que ellos viven su transición a estudiantes de medicina de manera diferenciada, principalmente en relación a la clase social y al género. En este capítulo me enfoqué en remarcar las diferencias de la carrera de medicina frente a otras carreras profesionales en cuanto a la carga de trabajo, las largas horas de estudio, la necesidad de tener mayor autodisciplina, aprender a estudiar, aprender a memorizar, desvelarse y al mismo tiempo renunciar a la socialización y al esparcimiento o, en algunas ocasiones, adaptarlo a su trabajo como estudiantes de medicina. Para algunos alumnos, este proceso puede conllevar a una "ruptura biográfica", como para los estudiantes foráneos, pero también los que provienen de una clase social baja o medio baja experimentan más ruptura biográfica que aquellos que son capitalinos, de clase medio alta y de familia con tradición de

médicos. Las estudiantes de medicina en su caso, pasan por un proceso adicional de ruptura biográfica que tiene que ver con estudiar una carrera, volverse profesionales y no tener como expectativa de vida el casarse y tener hijos muy jóvenes y después de la secundaria o de la prepa, a diferencia de sus madres y abuelas. Lo anterior también pasa por un proceso de reproducción social de la desigualdad en los estudiantes, donde aquellos con mayor capital social y cultural tienen ventajas.

La identidad profesional médica de los y las estudiantes de medicina de la UABJO se construye a través de procesos de enseñanza-aprendizaje y de socialización conducidos por los docentes, los cuales incluyen contenidos explícitos de la enseñanza biomédica, así como un *currículum* oculto que promueve la ideología médica hegemónica y relaciones de poder jerárquicas y asimétricas en el aula, así como en la práctica clínica. Sin embargo, el *currículum* oculto depende del estilo pedagógico y del ser médico de cada docente, e interactúa, de manera dinámica, con las distintas identidades personales de cada estudiante. Por medio de mi acercamiento a las y los estudiantes de medicina, a través del análisis de sus relatos de vida, resulta que cada uno vive su transición en volverse estudiantes de medicina y en la formación de una identidad profesional médica en ciernes, de manera diferenciada, principalmente en relación a su trayectoria biográfica previa donde su extracción de clase, el género, el lugar de origen y sus rasgos identitarios personales son todos factores que juegan en interacción entre sí para formar distintas formas del ser médico.

El autoritarismo sí está presente en esta formación, pero no tanto a nivel de relaciones sociales y dispositivos que se implementan en el proceso de formación y que pudieran ubicarse en el "ser médico", sino más bien en la transmisión del conocimiento médico hegemónico en sí, el que he conceptualizado como "saber médico", el cual se ha construido con base en su superioridad estructural, haciendo que los alumnos a lo largo de su instrucción de pregrado conciben el conocimiento médico como el único válido para la explicación de los diversos padecimientos. De manera similar a otras facultades de Medicina del país, se enseña a los alumnos--y ellos aprenden--a interiorizar y a reproducir la autoridad médica; es decir, a actuar, a pensar y hablar de manera que dicha autoridad médica continúe a través de las generaciones.

Por lo tanto, considero que existe una diferencia entre el autoritarismo vinculado al "ser médico" y el autoritarismo inherente al "saber médico" hegemónico de la biomedicina. Son dos formas de expresión de una visión jerarquizada, de un pensamiento que se estructura y trasmite de manera vertical, pero con diferencias, tal vez sutiles, pero importantes. Esta

distinción implica, en última instancia que, la formación en el pregrado no determina por completo al sujeto a través del habitus médico autoritario del cual habla Castro (2014).

Finalmente, es importante mencionar que este estudio es de carácter exploratorio y sus hallazgos son indicativos de tendencias posibles que valdría la pena explorar a mayor profundidad y con más tiempo. Una limitación de esta investigación tiene que ver con que se realizó como un estudio transversal con alumnos de primero, tercero y cuarto años de la carrera de medicina y que por lo tanto, refleja sólo un momento de un proceso en su formación que aún no se encuentra terminado, pues los estudiantes no han concluido en ese momento, su preparación profesional de pregrado.

El ser médico en las y los estudiantes de la Fac. Med. UABJO se traduce de manera muy diversa en ellos. Los procesos de socialización y modelaje en ellos no afectan sus características personales ni su forma de relacionarse con los pacientes, ya que como vimos a través de los alumnos estudiados, algunos de ellos intencionadamente rechazan actitudes derivadas del curriculum oculto en donde se les inculca no involucrarse emocionalmente con los pacientes o mantener su distancia con ellos.

En esta investigación encontré mucha mayor diversidad de situaciones, identidades y formas de ser médico de lo que me había imaginado previamente. La formación médica no es monolítica y uniforme y tanto el profesorado como el alumnado presentan una multiplicidad de formas de enseñar y aprender la medicina.

Antes de iniciar la investigación entendía de manera casi natural la importancia del género en construir posibles formas diferenciadas del ser médico, en gran parte por mi propia experiencia personal como médica mujer y especialista en un campo de la medicina, la cirugía, que tradicionalmente ha sido dominado por los médicos varones. Ahora he aprendido también a mirar la clase social que antes no lograba ver con claridad y tenía la tendencia a colapsarla con mi idea preconcebida de la etnicidad; una idea construida a través de una mirada centrada en la otredad desde un posicionamiento de mujer urbana, de clase media e hija de médicos. Aprendí a identificar la importancia que la clase social, como marcador de vida y no solo como resultado de la desigualdad de ingresos, tiene en construir trayectorias personales diferentes y hacer que haya alumnos y alumnas con diferente capital cultural y social que les hace mucho más fácil o más difícil adaptarse a las exigencias y códigos culturales de la facultad. Esto, aun considerando que, todos los estudiantes que participaron en el estudio son en realidad casos "exitosos", que lograron pasar a través del filtro a pesar de sus

desigualdades, que les ha permitido a ellos lograr ingresar a la Fac. Med. UABJO y lograr permanecer en ella.

También rompí con mi idea preconstituida de que, por ser una universidad pública, la etnicidad debía ser un marcador diferencial que permea el tipo de alumnado que llega a esta universidad. Por mi sorpresa, no encontré a estudiantes indígenas en la Fac. Med. UABJO o, por lo menos a estudiantes que declarasen ser indígenas. En parte, esto es seguramente resultado de la discriminación acumulada que provoca una invisibilización de estas identidades entre jóvenes universitarios. Pero, por otro lado, también se trata de un resultado que me ha hecho replantear mi propia visión de la UABJO como universidad pública, desacreditada por haber sido sujeta a procesos de masificación que han marcado su historia reciente, y, por lo tanto, universidad de "los otros".

Finalmente, estudiar la formación de la identidad profesional de los y las estudiantes de la Fac. Med. UABJO desde una perspectiva de la antropología médica crítica me ha hecho visibilizar, desnaturalizar y replantear mis propios principios axiológicos y mi visión soteriológica de la medicina y la profesión médica; principios y visiones que son parte profunda de mi ser médico a tal punto, que no los podía reconocer como una construcción sociocultural y los daba por sentados como principios metafísicos de mi profesión. La investigación no solo da resultados en los hallazgos derivados de mi pregunta de mi investigación; también me ha dado una nueva visión sobre la medicina, mi práctica profesional y mi propia identidad como médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceves, L. J. (1999). Un enfoque metodológico de las historias de vida. Consultado en: <http://www.sitiosur.cl/r.php?id=422>
- Ackoff, R. L. (1973). Planning in the Systems Age. *Sankhyā: The Indian Journal of Statistics. Management Science Series B*, 35 (2), 149–164.
- Acosta-Fernández, M.; Aguilera Velasco, M.A.; Pozos-Radillo, B.E.; Torres-López, T.M. y Parra Osorio, L. (2016). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. Instituto de Investigación en Seguridad y Salud en el Trabajo, Centro de Investigación en Sistemas de Información y Gestión en Salud, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México. Universidad Libre, Bogotá, Colombia. *Inv Ed Med.* 2017; 6 (23):169---179
- Adler-Lomnitz, L. (1974). *Cómo sobreviven los marginados*. Siglo XXI Eds. México.
- Adler-Lomnitz, L. (1994). *Redes sociales, cultura y poder: Ensayos de antropología latinoamericana*. FLACSO-México
- Alvarez Gómez, N. (2016). El concepto de Hegemonía en Gramsci: Una propuesta para el análisis y la acción política. *Revista de Estudios Sociales Contemporáneos*, n° 15, IMESC-IDEHESI/Conicet, Universidad Nacional De Cuyo. Pp. 150-160.
- Becker, H.; Becker; Geer, B.; Anselm and Hughes, E.C. (1962). Boys in White: Student Culture in Medical School. *American Sociological Review*, Vol. 27, No. 3 Jun., 1962, pp. 418-419.
- Apker, (2004). Communicating Professional Identity in Medical socialization: considering the ideological discourse of morning report. *Qualitative Health Research*. Abril, 2004. Pub. Med. Consultado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15011907/>
- Balán, J. (Ed.) (1974). *Las historias de vida en ciencias sociales. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Espasa-Calpe.
- Bandura, A. Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through the imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Barth, F. (1969). *Ethnic Groups and Boundaries. The Social Organization of Culture Difference*. Waveland Press, Inc.
- Bayón, M. C. y Mier y Terán, M. (2010). Familia y vulnerabilidad en México: realidades y percepciones. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales. Disponible en: <http://ru.iis.sociales.unam.mx/jspui/bitstream/IIS/4606/1/familia%20y%20vulnerabilidad.pdf>
- Becerra-Bulla, F., et al. (2014). Estilos de vida de estudiantes universitarios admitidos al pregrado de la carrera de medicina. 2010-2011. *Revista de la Facultad de Medicina*. Vol. 62, Supl. 1: S51-56. Bogotá.

- Becker, H.; Becker, B. G.; Hughes E.C. and Anselm (1962). Boys in White: Student Culture in Medical School. *American Sociological Review*, Vol. 27, No. 3 (Jun., 1962), pp. 418-419.
- Behrman, J. R.; Gaviria, A. y Székely, M. (2001). “Intergenerational mobility in Latin America”, *Economía*, vol. 2, núm. 1, pp. 1-44.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética / UNESCO*, Año 4, 1(7): 25-34.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Bertaux, D. (1988). El enfoque biográfico: su validez metodológica. Sus potencialidades, en *Cuadernos de Ciencias Sociales: Historia Oral e Historia de Vida*, n° 18, FLACSO, pp. 55-80. México. (Versión original 1980).
- Bertaux, D. (1989). Los Relatos De Vida En El Análisis Social. *Historia y Fuente Oral*, no. 1, 1989, pp. 87–96. JSTOR, www.jstor.org/stable/27753230. Accessed 2 Aug. 2020.
- Bertaux, D. (1999) El enfoque biográfico, su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, N° 29, p. 1-22.
- BisquerraAlzina, R. y Pérez Escoda, N. (2007), Competencias emocionales, en *Educación*, vol. 21, núm. 10, Barcelona, Universidad de Barcelona, pp. 61-82, <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/10-03.pdf>.
- Blumer, Herbert (1969), *Simbolicinteraccionism. Perspective and method*, Prentice-Hall, EnglewoodCliffs, Nueva Jersey.
- Blumer, H. (1982). *Interaccionismo simbólico*. Hora S.A. Editora-Distribuidora. Barcelona.
- Bourdieu, P. (1971). *Bosquejo de una teoría de la práctica*. Pp. 201. Editorial Prometeo.
- Bourdieu, P. (1983). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Colección: *Jungla Simbólica*. Montessor. Consultado en <http://www.redmovimientos.mx/2016/wp-content/uploads/2016/10/Bourdieu-P.-2002.-Campo-de-poder-campo-intelectual.-Itinerario-de-un-concepto.-Editorial-Montessor.pdf>
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. En: J. Richardson, *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Westport, CT: Greenwood Publ., pp. 241–58. Disponible en: https://revise-it.co.uk/wp-content/uploads/2020/05/bourdieu_forms_of_capital-1.pdf
- Bourdieu, P. (1986). The intellectual field: a world apart. En: BOURDIEU, Pierre. *In other words: essays towards a reflexive sociology*. California: Stanford University Press, 1990. p. 140-149.
- Bourdieu, P. y Wacquant L.J.D. (1995). *Respuestas. Por una antropología reflexiva*. Grijalbo, pp. 229. México.
- Bourdieu,P. (2002). *La distinción*. México: Taurus Ed.

- Bourdieu, P. (2007). El sentido práctico. 1ª Ed. Siglo XXI Editores, Buenos Aires, Argentina.
- Bourdieu, Pierre. (2011). Las estrategias de la reproducción social. SigloVeintiunoEditores. Buenos Aires.
- Burgos, C. E.; Corredor Real, M. C; Molina Bernal, I. A. y Suárez, C. C. (2002). De los estilos pedagógicos y su impacto en el aprendizaje de los alumnos. Civilizar No.3, Universidad Sergio Arboleda, Bogotá, Colombia.
- Bury, Michael (1982). Chronic illness as biographical disruption *Sociology of Health and Illness*. Vol. 4 No. 2 July
- Bynum, W. Jacyna, S. (2006). Inventing medical tradition. En: The Western Medical Tradition 1800 to 2000. Pp. 28. Cambridge University Press. Cambridge.
- Bynum, W. Lawrence, C. (2006). Medical institutions. En: The Western Medical Tradition 1800 to 2000. Pp. 269. Cambridge University Press. Cambridge.
- Bynum, W. Lawrence, Hardy, A. (2006). Medical education. En: The Western Medical Tradition 1800 to 2000. Pp. 459. Cambridge University Press. Cambridge.
- Canales Cerón, M. (Coord. Ed.) (2006). Metodologías de investigación social. Lom Ediciones, Santiago, Chile.
- Castro, R. (2010). Teoría Social y Salud. México: UNAM.
- Castro R. y Erviti J. (2003). Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico. *Health and Human Rights* Vol. 7. No 1.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. México, D.F.
- Castro, R. (2014). Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 10(3):339-351, Septiembre-diciembre.
- Cedillo, P. (2011). Los avatares del cuerpo en la constitución de la identidad: Un acercamiento a través de la obra de Pierre Bourdieu y Marcel Mauss. *El Colegio de México*, 9: 99-120.
- Cejas, M.; Berrio, L. y Singer, E. (2016). La salud sexual y reproductiva: Un ámbito de disputa en la construcción de la ciudadanía para las mujeres en México. En: *Mujeres frente a las paradojas de la ciudadanía*. Pp. 11. Editorial Terracota: Ciudad de México.
- Cejas, M y Gómez, C. (2016). Los dilemas de la república masculina y la ciudadanía para las mujeres: Pensamiento filosófico-político de Gabriela Mistral. En: *Mujeres frente a las paradojas de la ciudadanía*. Pp. 163. Editorial Terracota: Ciudad de México.
- Cejas, M.(2016). Las paradojas de la ciudadanía desde la crítica feminista y los estudios de caso. En: *Mujeres frente a las paradojas de la ciudadanía*. Pp. 11. Editorial Terracota: Ciudad de México.

Chávez Rivera, A. et al., (2016) .Una revisión sistemática del maltrato en el estudiante de medicina. *Gaceta Médica de México* 152: 796-811.

Cházaro, L. y Martínez, F. (2002). El modelo biológico lesional de enfermedad en el siglo XIX mexicano. En: *Medicina, Ciencia y sociedad en México, Siglo XIX.*, Pp. 43. Michoacán. El Colegio de Michoacán.

Cházaro, L. y García, M. (2002). La mirada clínica en la reflexión de Michel Foucault en *Medicina, Ciencia y sociedad en México, Siglo XIX.* Pp. 53. Michoacán. El Colegio de Michoacán.

Cházaro, L. y Rodríguez, A. (2002). Claudio Bernard en la medicina del siglo XIX: Clínica y experimentación. En: *Medicina, Ciencia y sociedad en México, Siglo XIX,* Pp. 65. Michoacán. El Colegio de Michoacán.

Coles R. (1998). The moral education of medical students. *Acad. Med.: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 73: 55 -7.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. RECOMENDACIÓN No. 32 / 2015.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Comunicado 316/5015. Sobre el caso de inadecuada atención médica y violencia obstétrica de v1 en El Hospital Rural Solidaridad no. 34 del Instituto Mexicano Del Seguro Social En Tlaxiaco, Oaxaca; e indebida procuración de justicia en agravio de v1 y sus familiares. <https://www.cndh.org.mx/comunicado/1723/comunicado-3162015> México, D.F., a 30 de septiembre de 2015.

Connelly, M. y Clandinin, J. (1995). Relatos de experiencia e investigación narrativa. En J. Larrosa y otros, *Déjame que te cuente. Ensayos sobre narrativa y educación* (pp.11-59). Laertes. Barcelona.

Connelly, F. M. y Candinin, D. J. (1997). Teachers' personal practical knowledge on the professional knowledge landscape. *Teaching and Teacher Education*, Volume 13, Issue 7, October 1997, pp. 665-674.

Conrad, P. (1988). Learning to Doctor: Reflections on recet accounts of the medical school years. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(4):323-332.

Consejo, C. y Viezca-Treviño, C. (2008). Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* 11 (1): 16-20.

Consejo, C. y Viezca-Treviño, C. (2017). Injusticia epistémica durante el proceso de formación médica en el contexto hospitalario. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 55(3).

Da Costa Marques, S. (2016, agosto). La relación entre antropología médica crítica y estudios feministas y de género: notas para una discusión, I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales.

- Dahan, M. y Gaviria, A. (2003). "Parental actions and sibling inequality". *Journal of Development Economics*, vol. 72, núm. 1, pp. 285-297.
- Davenport, B. (2000). Witnessing and the medical Gaze: How Medical Students Learn to See at a Free Clinic for the Homeless. *Medical Anthropology Quarterly* 14(3): 310-327.
- Davis-Floyd, R. (1987). Obstetric training as a rite of passage. *Medical Anthropology Quarterly New Series*. 1(3):288-318.
- De Lauretis, T. (1987). *Technologies of gender. Essays on theory, film and fiction*. P: 1-20, USA.
- Derive, S. et al. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: Medición y análisis bioético. *Investigación en Educación Médica*. Año 7. Número 26. Abril-Junio. DOI 10.1007/s11013-011-9207-1
- Devlin, M. y Mckay, J. (2014). Reframing 'the problem': students from low socio-economic status backgrounds transitioning to university. In *Universities in Transition. Foregrounding Social Contexts of Knowledge in the First Year Experience*. University of Adelaide Press. Stable URL: <http://www.jstor.com/stable/10.20851/.ettit304xh.8>
- Diccionario de la Real Academia Española. 23va Edición. Octubre 2014.
- Dyrbye, L.N.; Thomas, M. R. y Shanafé, T. D. (2005). Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *PubMed* 2005 Dec.; 80(12):1613-22. doi: 10.4065/80.12.1613. Consultado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16342655/>
- Entwistle, J. (2002) *El cuerpo y la moda. Una visión sociológica*. Editorial Paidós. Barcelona, España.
- Erikson E. (1993). *Infancia y sociedad*. Editorial Lumen-Honne. Buenos Aires.
- Estrada Mesa, D. A. (2015). La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault. *Escritos – Facultad de Filosofía y Letras Universidad Pontificia Bolivariana* [online]. Vol.23, n.51, pp.331-355. ISSN 0120-1263.
- Evora Soldo, S. (2017). Elsevier.com. La vocación de ser médicos, una necesidad que nace del interior. España. Consultado en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/la-vocacion-de-ser-medicos-una-necesidad-que-nace-del-interior>.
- Estanol, B. (1996) *La invención del método anatomoclínico*. Universidad Nacional Autónoma de México, Cd. De México.
- Fernández Agis, D. (2015). La mirada médica. Revisitando la interpretación de Michel Foucault. *Anales Médicos*, Vol. 60, núm. 4, pp. 306 – 310. México.
- Fernández Silva, C. (2013). El vestuario como identidad, del gesto personal al colectivo. Texto publicado en Fernández, C. (2013). *De vestidos y cuerpos*. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín.
- Ferrarotti, F. (1988). Biografía y ciencias sociales, en *Cuadernos de Ciencias Sociales: Historia Oral e Historia de Vida*, n° 18, FLACSO, pp. 81-96. México. (Versión original 1983).

- Ferrer, A. y otros (2002). Calidad de vida y estado de salud de los estudiantes universitarios. Universidad de Alicante, 2, pp. 73-93. España.
- Ferrer, F. (2002). La educación comparada actual. Ariel. Barcelona.
- Fleury, S.; Bicud, V. y Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. Salud colectiva 9(1):11-25.
- Foucault, M. (1966). El derecho de ejercer y la enseñanza médica. En: El nacimiento de la clínica. Pp. 73, País. Grupo Editorial Siglo XXI.
- Foucault M. (1977). Discipline and punishment. New York, The birth of prison, Vintage Books. En Foucault M., Tecnologías del Yo. Comp. de Morey M., Barcelona, Paidós Ibérica, 1996, pp. 9-44 y 48-55. Barcelona.
- Foucault, M. (1983). The subject and power. En: Hubert Dreyfus y Paul Rabinow (eds.) Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics. University of Chicago Press, Chicago, pp. 208–226. Chicago, E.U.
- Foucault, M. (1984). The means of correct training subject and Power. En: Paul Rabinow (ed.) The Foucault Reader. Pantheon Books, pp. 188-205. New York. E.U.
- Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? Revista Iberoamericana de Educación Superior. Volume 6, Issue 16, Mayo–Agosto 2015, Pp. 110-125.
- Frenk, J.; Gómez Dantés, O. (2008). Para entender el sistema de salud de México. Nostra Ediciones, México.
- Gaceta del Senado de la República. Gaceta XLII. Propositiones de ciudadanos legisladores, 24 de junio de 2015, descargado 22 de noviembre de 2017.
- Gallego Noche, B. (2008). La investigación biográfico-narrativa en un estudio sobre la situación de las mujeres en el deporte. Revista de Investigación Educativa, vol. 26, núm. 1, 2008, pp. 121-140 Asociación Interuniversitaria de Investigación Pedagógica Murcia, España
- Gamlin et al. (eds.). 2020. Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America. London: UCL Press. DOI: <https://doi.org/10.14324/111.9781787355828>
- García y otros (1994). Comportamiento en el aula. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José
- Giménez, G. (2009). Materiales para una teoría de las identidades sociales. En: Identidades sociales, P. 25. Instituto Mexiquense de Cultura. México.
- Gómez Cardona, L. (2013) Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá. Maguaré, Vol. 27, No.2. ISSN 0120 – 3045 (impreso). 2256 – 5752 (en línea), pp. 21–55. Universidad de Montreal, Canadá.

- Gómez Carpinteiro, F. J. (2008). Cartografías de poder. Globalización y campesinos en la obra de William Roseberry. Debate Agrario – Rural. Ecuador Debate 74. Quito, Ecuador.
- González Crussí, F. (2006). La fábrica del cuerpo. Editorial Cuadernos de Quirón. Pág. 58 y 137. Ciudad de México.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press. New York. Traducción al español: (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia*. Bellaterra Edicions, Barcelona, España.
- Good, M-J.D. and Good, B.J. (1989). Disabling practitioners: Hazards of Learning to Be a Doctor in American Medical Education. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59 (2), 303-309.
- Gracia, E. et al (2014). El Trabajo Emocional desde una perspectiva clarificadora tras treinta años de investigación *Universitas Psychologica*, vol. 13, núm. 4, octubre, pp. 1517-1529 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.
- Gramsci, A (1977). *Antología*. Ed. Siglo XXI. México.
- Gramsci, A. (1978). *Notas sobre Maquiavelo, Sobre Política y sobre el Estado Moderno*. México: Juan Pablos Editor.
- Graue-Wiechers, E. (2011) Educación médica y los sistemas de salud. *Gaceta Médica de México*, 147:517-25.
- Grusky, D. B. (1994). *The Contours of Social Stratification*, en: David B. Grusky (ed.) *Social Stratification in Sociological Perspective*. California: Westview Press.
- Guerrero, J. (2016). Página 3.mx. Sólo 35 espacios más para la Facultad de Medicina UABJO. México. Consultado en: <https://pagina3.mx/2016/08/solo-35-espacios-mas-para-la-facultad-de-emedicina-uabjo/>
- Guzmán, C. y Saucedo, C. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20(67).
- Hafferty, F. W. (1988, Diciembre). Cadaver Stories and the Emotional Socialization of Medical Students. *American Sociological Association. Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 29, No. 4, Theme: Continuities in the Sociology of Medical Education, pp. 344-356. Consultado en: <http://www.jstor.org/stable/2136868> el 07 de octubre de 2017.
- Hafferty, F. (1991) *Into the Valley: Death and the Socialisation of Medical Students*, Yale University Press, New Haven, CT.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond Curriculum Reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Acad. Med.*, Vol 73: No. 4.
- Hafferty, F.W. PhD; Gaufrberg, E. H. MD, MPH and O'Donnell, J. F. MD. (2015). The Role of the Hidden Curriculum in "On Doctoring" Courses. *Medical Education. AMA Journal of Ethics* February 2015, Volume 17, Number 2: 129-137.

- Haidar Torres, E. y Torres Estévez, G.C. (2014). La gestión mecanicista de las Instituciones de Educación Superior: un estudio desde la modelación sistémica. The mechanistic management of Higher Education Institutions: a study from de systemic modeling. Universidad Autónoma de Guadalajara, Tabasco, México.
- Hamui Sutton, A. (2016) La pregunta de investigación en los estudios cualitativos. Investigación en Educación Médica. 2016; 5 (17:49-54).
- Hamui Sutton, L. (2017). Educación médica y profesionalismo. Editorial McGraw-Hill, pág. 3. Ciudad de México.
- Heinze, G.; Guizar, D. P. y Carmona, J. (2017). La restricción emocional del médico en la práctica profesional. En Educación Médica y Profesionalismo, Hamui Sutton, Liz, pág. 148-149. Mc. Graw Hill. Ciudad de México.
- Hernández González, J. (2006) Construir una identidad. Vida juvenil y estudio en el CCH Sur. Revista mexicana de investigación educativa, Vol.11 Núm. 29, abr./jun. 2006. México.
- Hernández-Vargas, C. et al. (2014). Importancia de la inteligencia emocional en Medicina. Facultad de Medicina, Estudios de Posgrado en la Subdivisión de Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., Inv. Ed. Méd.;3(11):155-160.
- Hertz, T.; Jayasundera, T.; Piraino, P.; Selcuk, S.; Smith, N. y Verashchagina, A. (2007). The Inheritance of Educational Inequality: International Comparisons and Fifty-Year Trends, The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy, vol. 7, núm. 2, pp. 1-46.
- Hobsbawm, E. (2009). La era del imperio, 1875-1914. Buenos Aires, Argentina: Grupo Editorial Planeta
- Holmes, S. (2011). Clinical Subjectivation: Anthropologies of Contemporary Biomedical Training. Cult. Med. Psychiatry 35:105-112.
- Huerta, J. (2017). El Rol de la educación en la movilidad social de México y Chile. ¿La desigualdad por otras vías? Vol. 17, Núm. 52, 2017 Pp. 65-88 (ISSN: 14056666) Revista Mexicana de Investigación Educativa.
- Hvostoff, S. (1999). Peter Wade, Race and Ethnicity in Latin America. Pluto Press, Londres, 1997, Dimensión Antropológica, vol. 15, enero-abril, pp. 149-155.
- Instituto Nacional de las Mujeres. Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. Consultado en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016) Conociendo a Oaxaca. Sexta edición. Pp:4-5.
- Jakson, P. W. (1968). La vida en las aulas. Consultado en: <http://teoricodelcurriculum.blogspot.com/2010/07/phillip-w-jackson.html>
- Jaye, C.; Egan, T. and Parker, S. (2006). 'Do as I say, not as I do': Medical Education and Foucault's Normalizing Technologies of Self. Anthropology and Medicine, Vol.13, No. 2, August 2006, pp. 141-155.

- Jociles M, (1999). Las técnicas de investigación en antropología. Mirada antropológica y proceso etnográfico. *Gaceta de Antropología*, 15, artículo 01.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómeno, concepto y teoría. En Serge Moscovici (compilador). *Psicología social II*. Paidós. Barcelona, España.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. WavelandPress Inc. Estados Unidos.
- Kleinman, A. y Benson, P. (2006). *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. Department of Anthropology. Harvard University. Williams James Hall. Cambridge, Massachusetts, U.S.A.
- Konner, M. (1987). *Becoming a Doctor: A Journey of Initiation in Medical School*, Penguin Books. New York.
- Lahire, B. (2007) *Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples*, en: *Revista de antropología social*, 16: 21-37.
- Laín Entralgo, P. (1982). *El diagnóstico médico: historia y teoría*. Salvat. Barcelona.
- Lamont, M. y Molnár, V. (2002). *The Study of Boundaries Across the Social Sciences*. *Annual Review of Sociology* 28: 167-95
- Lawton, M.P., Kleban, M.H., Rajagopal, D., Dean, J. (1992) *Dimensions of affective experience in three age groups*. *Psychology and Aging*, 7 (2), 171-184.
- Le Breton, David (2002), *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina.
- Lella, J. W. and Pawluch, D. (1988). *Medical Students and the Cadaver in Social and Cultural Context*. En: Lock, M. M. y Gordon, D. R. *Biomedicine examined*, Dordrecht. Kluwer Academic Publishers, pp. 125-154. Holanda.
- Lempp, H. y Seale, C. (2004). *The Hidden Curriculum in Undergraduate Medical Education: Qualitative Study of Medical Student's Perceptions of Teaching*. *BMJ; British Medical Journal*, Vol. 329, No. 7469, Oct. 2, pp. 770-77.
- Lempp, H. and Cribb, A. (2014). 6: *The University and Unity of the Hidden Curriculum. Medical Knowledge in an Era of Personalized Healthcare*. In, *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*, Hafferty, F.H. and O'Donnell J.F. (eds.). Dartmouth College Press, University Press of New England.
- León, M. (2002). *Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social*. En: *Psicología Social*. Prentice Hall. Buenos Aires.
- Levinson, D. (1967). *Medical Education and the Theory of Adult Socialization*. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 8, No. 4: 253-265.
- Lewis T. (1979). *The medusa and the snail: More notes of a Biology Watcher*. Viking, New York.

- Liffman, P. (2011). La territorialidad Wixarika y el espacio nacional. Reivindicación indígena en el Occidente de México. El Colegio de Michoacán-CIESAS. Pp. 13-128.
- Light, D. (1988). Toward a New Sociology of Medical Education. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 29. 4:307-322.
- Lizama, J. (2002). Apuntes varios sobre el concepto de identidad. Ciesas Peninsular. Pp. 2-25.
- Lizama, J. (2006). La Guelaguetza en Oaxaca. Fiesta, relaciones interétnicas y procesos de construcción simbólica en el contexto urbano. Ciesas. Pp. 45-48.
- López Sánchez, O. (2000 - 2001) La mirada médica y la mujer indígena en el Siglo XIX. *Ciencia*, núm. 60 – 61, Octubre – marzo, Facultad de ciencias, UNAM.
- Luengas Pérez, L. Resumen y síntesis sobre Williams, R. (1988). Ideología en Marxismo y literatura. Ediciones Península, pp. 71-90. Barcelona. Consultado en: <http://practicasideologicas.blogspot.com/2012/08/resumen-williams-ideologia-version-de.html>
- Luna, M. (2004). Redes sociales. *Revista Mexicana de Sociología* vol. 66, Número especial (octubre 2004), pp. 59-75.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture: Illness, disease, and the body in western society*. Sage. London.
- Mahood, S. (2011). Medical education. Beware. *Canadian Family Physician* 57:983-984.
- Maida, A. (2006). Percepción de conductas abusivas en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile* 134: 1516-1523.
- Mallimaci F., Giménez Béliveau V. (2006). Historias de vida y método biográfico. En *Estrategias de Investigación cualitativa*. Gedisa. Barcelona.
- Manis y Meltzer (1972) *Symbolic Interaction*. Allyn and Bacon. Boston.
- Márquez Guanipa, J.; Díaz Nava, J. y Cazzato Dávila, S. (2007). La disciplina escolar: aportes de las teorías psicológicas. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, vol. 8, núm. 18, enero-abril, pp. 126-148. Universidad Católica Cecilio Acosta Maracaibo, Venezuela.
- Martínez, O. (2014). La enseñanza de la medicina en la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca: 1955 -2010. De su consolidación a la acreditación. Carteles Editores. Oaxaca, México.
- Martínez, V. (1992.) Introducción. En: *El movimiento universitario en Oaxaca (1968-1988)*. Instituto de Investigaciones Sociológicas de la UABJO, Pp. 5-9.
- Martínez, V. (1994). *Historia de la educación en Oaxaca 1825-1940*. Instituto de Investigaciones sociológicas de la UABJO. Oaxaca.
- Martínez Vásquez, V. R. (2004). Modelos Universitarios El caso de la UABJO. *Cuadernos del Sur*, año 10, Núm.20, marzo 2004.

Maruta, B. (2018) Biographical disruption and actors facilitating overcoming it. Int. Conf. Society, Health, Welfare.

Materán, A. (2008). Las representaciones sociales: un referente teórico para la investigación educativa. *Geoenseñanza*, vol. 13, julio-diciembre, núm. 2, pp. 243-248. Universidad de los Andes. San Cristóbal, Venezuela.

Maunder, R.E.; Cunliffe, M.; Galvin, J. SibuleleMjali and Rogers, J. (2013); Listening to student voices: student researchers exploring undergraduate experiences of university transition. Source: *Higher Education*, Vol. 66, No. 2, August, pp. 139-152 Published by: Springer Stable URL: <http://www.jstor.com/stable/23470854>

Menéndez, E. L. (1983). Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México: CIESAS

Menéndez E.L. (1992) Grupo doméstico y proceso salud/ enfermedad/ atención. Del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos Médico-Sociales* 59:3-18.

Menéndez, E. L. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores Salud Colectiva, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 9-32. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

Merton, R.; Reader, G. y Kendall, P. (1958). The Student Physician: Introductory studies in the Sociology of Medical Education 36(4):378-379.

Millán Nuñez-Cortés, J. (2014). Valores del médico para un ejercicio de calidad: el profesionalismo. *FEM* 2014; 17 (Supl. 1): S1-S47 S23. Consultado en, www.fundacioneducacionmedica.org.

Molina Galarza, M. (2016). La Sociología del sistema de enseñanza en Bourdieu: reflexiones desde América Latina. *Artigos. Cuadernos de pesquisa*, V. 46, Núm. 162, pp. 942-964.

Moneo-Marín, Á. et al. (2017) Evolución de la madurez emocional en alumnos de Formación Profesional Básica mediante el empleo de actividades fuera del contexto escolar en el área de las ciencias naturales. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, vol. 14, núm. 1, pp. 69-85. Asociación de Profesores Amigos de la Ciencia: EUREKA. Cádiz, España.

Montes, O. (1996). Oaxaca, una ciudad racista. Ponencia presentada en la II Conferencia Bianual de Estudios Oaxaqueños. Instituto Welte de Estudios Oaxaqueños. Oaxaca, México.

Montes García, O. y Cuéllar Saavedra, O. (2003). Académicos de la UABJO, una aproximación a su estudio. *Revista de la Educación Superior* Vol. XXXII (4), No. 128, Octubre – Diciembre de 2003, 59 – 78. ISSN: 0185-2760.

Morán-Barrios J. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica, la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (118):385-405.

Moreno Vega, B. A. (2003). La figura del maestro en la interacción entre los valores de autoritarismo y aprendizaje. Tesis. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Moscovici, S. (1961). El psicoanálisis, su imagen y su público. Huemul. Buenos Aires.

Muños Hernández J.A., Sesia P., Berrio Palomo L., y Yáñez Moreno P. (2020). Fuentes de información sobre población indígena en México. Problemas en la búsqueda de datos en salud. Notas de Población. Revista de la CECADE-CEPAL, 110.

Murakami, M. (2009). The perception of the hidden curriculum on medical education: An exploratory study. Asia Pacific Family Medicine. Vol. 8:9.

Nateras, A. y Brito Lemus R. (2002). Identidades juveniles y praxis divergente; acerca de la conceptualización de la juventud. En: Jóvenes, culturas e identidades urbanas. Pp. 43-59. Universidad Autónoma Metropolitana. Ciudad de México.

Nateras, A. y De Garay Sánchez, A. (2002). Los estudiantes como jóvenes, una reflexión sociológica en Identidades juveniles y praxis divergente, acerca de la conceptualización de la juventud. En: Jóvenes, culturas e identidades urbanas. Pp. 245-262. Universidad Autónoma Metropolitana. Ciudad de México.

Negrete Prieto, R. y Romo Anaya, M. (2014). Cuantificando a la clase media en México en la primera década del siglo XXI: un ejercicio exploratorio, en Realidad, Datos y Espacios.

Revista internacional de Estadística y Geografía, 5 (3) 62-95.

Neville, T. (1997). Becoming a Physician: Medical Education in Britain, France, Germany and the United States 1750 -1945. Journal of Public Health Policy 18(3): 370-37.

Noticias y Eventos. Imposición de la bata blanca. Universidad Central del Valle del Cauca. 21 de febrero de 2017. <http://www.uceva.edu.co/index.php/noticias-y-eventos-uceva/671-imposicion-de-batas-blancas>

Osorio Carranza, R. M. (2017). El significado del diagnóstico en la trayectoria del enfermo reumático: de la incertidumbre a la disrupción biográfica. Salud colectiva 13(2): 211-223.

Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud.

Ortiz, L. (1999). Acción, Significado y Estructura en la Teoría de A. Giddens. ENEP Acatlán-UNAM 1999, Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, Núm. 20, pp. 57-84. Universidad Autónoma del Estado de México.

OCDE (2019), UnderPressure: TheSqueezedMiddleClass, OECD Publishing, París.

<https://doi.org/10.1787/689afed1-en>

Pantoja (1992). En torno al concepto de vacación. C. Educación y ciencia, Vol. 2., Núm. 6, julio a diciembre de 1992.

- Parra-Valencia, E., Urra-Canales, A. (2017). Carta al editor. La vida del estudiante de medicina. *Revista Científica Ciencia Médica*; 20(1):51-52
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Alianza. Madrid.
- Pemjean Contreras, I.; Profesora Guía: Sadler Spencer, M. (2008). Historia de vida de Rosa Martínez, mujer mapuche, sanadora. Una lectura desde el género. Memoria para optar al título de antropóloga social. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.
- Pérez Tamayo, R. (1999). *Visiones del Siglo XX*. Letras libres México No. 10.
- Pérez Tamayo, R. (2016). *Las transformaciones de la medicina*. El Colegio de México. Ciudad de México.
- Pinzón, C. (2008). Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana* 33:33-41.
- Piña, C. (1988). La construcción del “sí mismo” en el relato autobiográfico. Santiago: FLACSO-CHILE
- Piña, C. (1999). Tiempo y memoria. Sobre los artificios del relato autobiográfico. *Revista Propositiones*, Núm. 29, p. 78, 29 de marzo de 1999.
- Placeres Hernández, J. F. (2017). La bata sanitaria y el uniforme escolar: su uso por profesionales, técnicos y estudiantes de las Ciencias Médicas. *The sanitary coat and the school uniform: their use by medical sciences professionals, technicians and students*. *Revista Médica Electrónica*, vol.39, supl.1, 2017. Versión On-line ISSN 1684-1824. CARTA AL DIRECTOR. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.
- Plan Institucional de Desarrollo 2016-2020, UABJO, Febrero de 2017, descargado 22 de Noviembre de 2017.
- Ponce De León, M. E. (2004) Tendencias actuales en la enseñanza de la Medicina. Estrategias del aprendizaje en medicina. *Gaceta Médica de México*, Vol. 140, No. 3, Mayo – Junio. Ciudad de México.
- Portes, A. (1998). Capital social: sus orígenes y aplicaciones en la sociología moderna. En Jorge Carpio e Irene Novacovsky (comp.) *De igual a igual*. El desafío del Estado ante los nuevos problemas sociales. México: Fondo de Cultura Económica/Siempro/Flacos. Disponible en: <http://networksprovidehappiness.com/wpcontent/uploads/2020/05/Portes.-1998.-Capital-social-sus-ori%CC%81genes-y-aplicaciones-en-lasociologi%CC%81a-moderna.pdf>
- Portocarrero, G. (2013). La utopía del blanqueamiento y la lucha por el mestizaje. En *Hegemonía cultural y políticas de la diferencia*. CLACSO Editorial. Buenos Aires.
- Pozzio, M. (2013). Reconfigurando el género, experiencias de las mujeres en la medicina mexicana. Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas, UAM-Iztapalapa.

- Pozzio, M. (2014). El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecología en México. *Salud Colectiva*, 10(3): 325-337, septiembre-diciembre, 2014. Buenos Aires.
- Puiggrós, A. (1990). *Sujetos, Disciplina y Currículum en los orígenes del sistema educativo argentino*. Editorial Galerna. Pp.: 372. Buenos Aires, Argentina.
- Pranka, M. (2016). Biographical disruption and factors facilitating overcoming it. In *Conf. Society, Health, Welfare 2016*. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20185103007>
- Quinn, N. (1987). Convergent Evidence for a Cultural Model of American Marriage. In D. Holland and N. Quinn (eds.), *Cultural Models in Language and Thought*, pp. 173-192.
- Rabow, M. W. (2014). 11. Becoming a Doctor. Learning from the Hidden Curriculum in Medical Education. In *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*, Hafferty, F.H. and O'Donnell J.F. (eds.). Dartmouth College Press, University Press of New England.
- Rabow, M. W., Evans, C. and Remen, R. N. (2013). Professional formation and deformation: repression of personal values and qualities in medical education. *Family Medicine* 45 (1): 13–18.
- Ramírez-Valverde, B. y Suárez-Vallejos, P. F. (2016). Conocimiento y aprendizaje de lenguas indígenas en bachilleratos rurales y urbano del estado de Puebla, México. *Ra Ximhai*, vol. 12, núm. 6, julio – diciembre, pp. 377-387. Universidad Autónoma Indígena de México. El Fuerte, México.
- Ramírez, G. (2001). Humanismo y Medicina, factores que determinan el ingreso a las escuelas, institutos y facultades de nivel superior. *Gaceta UABJO*, Pp. 13-15. Oaxaca, México.
- Ramiro-H., M.; Cruz-A., E.; Zerón-Gutiérrez, L. y Arévalo-Vargas, A. (2017). El ENARM y las escuelas y facultades de medicina. Un análisis que no le va a gustar a nadie. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2017; 55 (4): 498-511.
- Reissman, L.; Platou, R.V.; Sledge, S. H. y Malone, D. H. (1960). The Motivation and Socialization of Medical Students. *Journal of Health and Human Behavior*, Vol.1, No. 3. Pp. 174-182. American Sociological Association. <https://www.jstor.org/stable/2955575>, consultado el 4 de octubre de 2019.
- Rodríguez Garza, M. et al. (2014). El estrés en estudiantes de medicina al inicio y final de su formación académica. *Revista Iberoamericana de Educación*. No. 66, pp.105-122.
- Roldán González, J. (1990). *Ética Médica*. Librería Parroquial de Clavería, pág. 12. Ciudad de México.
- Román Reyes P. y Garduño Arzate M. C. (2014). Acercamiento cualitativo al análisis del valor de la educación en las familias mexiquenses. *Desacatos* 51, mayo-agosto 2016, pp. 142-159. Recepción: 23 de abril de 2014, Aceptación: 06 de mayo de 2015.
- Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. Guilford Press, Nueva York.

- Sánchez Hurtado, Y. (2001). Vigotski, Piaget y Freud: a propósito de la socialización, en: *Enunciación*, 6 (1): 29-34.
- Sanz, E. (2014). La formación en ética y valores en las facultades de medicina. *Fundación Educación Médica*, 17(Supl1):S1-S47S27
- Saraví, A (2019). La experiencia escolar como experiencia de clase: fronteras morales, estigmas y resistencias. *Desacatos* 59, enero-abril, pp. 68-85.
- Salamero, M. et al. (2012). Estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña, *Fundación Galatea*, Barcelona.
- Segal, D. (1984). Playing doctor, seriously: graduation follies at an American medical school. *International Journal of Health Services*, 1984; 14 (3) 379-396. DOI: 10.2190/71DH-BAUY-DLVH-B5MM
- Segal, D. A. (1988). A Patient So Dead. *American Medical Students and their Cadavers. Anthropological Quarterly*, Vol 61, No. 1, The Center in American Culture: Analysis and Critique. Jan., 1988, pp. 17-25. The George Washington University Institute for Ethnographic Research. Consultado en: <http://www.jstor.org/stable/3317868>
- Simkin, H. y Becerra, G. (2013). El proceso de socialización. Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, Vol. XXIV, núm. 47, noviembre, 2013, pp. 119-142. Universidad Nacional de Entre Ríos. Concepción de Uruguay, Argentina.
- Sinclair, S. (1997). *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*. Berg, New York.
- Sinclair S, y Bennahum, D. (1999). *Making Doctors: An Institutional Apprenticeship*. *Journal of Anthropological Research*, Vol. 55, No. 2.
- Solís, P. (2016). Y sin embargo se mueve... Estratificación social y movilidad intergeneracional de clase en América Latina. *El Colegio de México*.
- Solís, P., Blanco, E. y Robles, H. Coord. (2014), *Caminos desiguales: trayectorias educativas y laborales de los jóvenes en la Ciudad de México*. Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación. El Colegio de México, enero 2014.
- Sosa, Y. (2016). A la alza, casos por “violencia obstétrica” en Oaxaca. *Oaxaca Capital*. 24 de Noviembre de 2017.
- Starr, P. (1982). The social Origins of Professional Sovereignty. En: *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. Pp. 3 Basic Books, Inc., Publishers, New York.
- Starr, P. (1982). The Consolidation of Professional Authority, 1850-1930. En: *The Social Transformation of American Medicine. The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry*. Pp. 79 Basic Books, Inc., Publishers, New York.
- Tamayo, J. (1982). *Geografía de Oaxaca*. Comité Organizador del CDL Aniversario de la Ciudad de Oaxaca de Juárez. PP: 9-20 y 91-96.

- Taylor, J.S. and Wendland, C. (2014). The Hidden Curriculum in Medicine's "Culture of No Culture." In, *The Hidden Curriculum in Health Professional Education*, Hafferty, F.H. and O'Donnell J.F. (eds.). Dartmouth College Press, University Press of New England.
- Torche, F. (2010). Cambio y persistencia de la movilidad intergeneracional en México, en Serrano, J. y Torche F. (eds.), *Estudios de movilidad social en México*. Centro de Estudios Espinosa Yglesias, pp. 71-133. Ciudad de México.
- Torres, E. (2014). La gestión mecanicista de las instituciones de educación superior : un estudio desde la modelación sistémica. *Contaduría y administración* 60: 12796-816.
- Towets, J. y otros (1993). Stress among residents. Medical students and graduate science students. *Acad. Med.*, 1997, 72, pp. 997-1002.
- Triana Ramírez, A. L. y Álvarez Soler, J. A. (2017). Educación médica, modelo hegemónico y atención primaria de salud. Entrevista al Doctor Eduardo L. Menéndez. *Praxis & Saber - Vol. 8. Núm. 18 - Septiembre - Diciembre 2017 - Pág. 267 – 294*. México.
- Tristán Fernández, J. M. (2007). Symbolic content of the white medical coat. Departamento de Enfermería Universidad de Granada, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Granada. *Gazeta de Antropología*, 2007, 23, artículo 16 · <http://hdl.handle.net/10481/7045>
- Universidad Juárez del Estado de Durango. Oferta Educativa. Licenciado en Medicina, Sede Gómez Palacios. Perfil de ingreso y egreso. Consultado en: <https://www.ujed.mx/oferta-educativa/licenciado-en-medicina-gp/perfil-de-ingreso-y-egreso>
- Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez". Perfil de ingreso y egreso. Consultado en: <http://www.medicina.umich.mx/index.php/facultad/perfil-de-ingreso-y-egreso>
- Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina. Perfil de egreso. Consultado en: <https://www.uv.mx/veracruz/medicina/perfil-de-egreso/>
- Valdés, L. M. (1995). Los indios en los censos de población, UNAM, México, págs. 20-21, 30.
- Van Dijk, T. A. (2005). Ideología y análisis del discurso. *Ideology and Discourse Analysis*. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, España. En, *Utopía y Praxis Latinoamericana / Año 10. N° 29 (Abril-Junio, 2005) Pp. 9 – 36*. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social / ISSN 1315-5216 CESA – FCES – Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela.
- Varela Ruiz, M. (2017). El profesionalismo desde el currículo oculto en Educación médica y profesionalismo. Liz Hamui Sutton, pp. 180-191. Editorial McGraw-Hill. Ciudad de México.
- Vélez Grajales et al. (2019). Informe Movilidad Social en México. Hacia la igualdad regional de oportunidades. Centro de Estudios Espinosa Yglesias, México.
- Veloz Serrade, J. (2019) Ideología y Marxismo. Apuntes desde el pensamiento de Raymond
- Viesca, C. (2007). La formación de médicos en México y sus problemas a fines del siglo XIX. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. Vol. 50:2.

- Villanueva-Egan, L.A. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un gineco-obstetra. *Rev. CONAMED* 2010; 15(3):147-151.
- Villarroel, G. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad *Fermentum*. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. Vol. 17:49, pp. 434-454. Universidad de los Andes Mérida, Venezuela.
- Viniegra Velásquez, L. (1991). Cómo se aprende la medicina en Cómo acercarse a la medicina, pp. 43-45. Editorial Limusa, Querétaro, México.
- Viniegra Velásquez, L. (1991). Medicina y Ética en Cómo acercarse a la medicina, pág. 192. Editorial Limusa, Querétaro, México.
- Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada en la dominación. *Debate feminista* 52: 1-17.
- Wade P.; Urrea Giraldo, F; Viveros Vigoya M. y Moreno Figueroa, M. G. (2008). Negociando la pertenencia: Familia y mestizaje en México. En: *Raza, etnicidad y sexualidades, ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Pp. 403-429. Colombia.
- Wasserman, S. y Faust K. K. (1998). *Social Network Analysis, Methods and Applications. Structural Analysis in the Social Sciences*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Wear; D.; Aultman, J.M.; Varley J. D.; y Zarconi, J. (2009). Derogatory and cynical humor directed towards patients: views of residents and attending doctors. *Medical Education* 43: 34-41.
- Weber, M. (1991). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Primá Editora de Libros. Puebla. México.
- Williams, R. (1983). Williams en su texto *Marxismo y literatura*. *Keywords*. Oxford: Oxford University Press. LaTizza, Septiembre, 13. Consultado en: <https://medium.com/la-tizza/ideolog%C3%ADa-y-marxismo-438deed9e97f>
- Winkler, D. (2016) *Etnicidad, Raza, Género y Educación en América Latina*. Universidad Autónoma Indígena de México El Fuerte, México.
- Woolfolk, A. (2001). *Psicología Educativa*. Ed. Prentice Hall. México.
- Wolf, Eric (1994). *Europa y los pueblos sin historia*. Introducción; modos de producción. Fondo de Cultura Económica. Pp.15-130.
- Zinser, J. (2017) *Profesionalismo desde la perspectiva del role model en Educación médica y profesionalismo*. Hamui Sutton, L. pp. 208-210. McGraw-Hill Interamericana, Ciudad de México, 2017.

Otras páginas web consultadas:

<https://www.anahuac.mx/iest/vida-universitaria/noticias/academico-internacional/ceremonia-imposicion-bata-blanca-en-el-iest> Ceremonia de imposición de bata blanca en el IEST-Anáhuac

http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/reportes_academicos.html

<https://www.copaes.org/indexmapa.php?id=20>

<https://www.debate.com.mx/mexico/estudiantes-mediciana-buap-dejaran-de-usar-uniforme-blanco-inseguridad-20180925-0239.html>

<https://www.edumargen.org/ruptura.html>

<https://www.eleconomista.com.mx/arteseideas/Ranking-de-universidades-mexicanas-2019-la-UNAM-la-mejor-universidades-de-AMLO-cantidad-contra-calidad-20190415-0070.html>

<https://www.facebook.com/EduardoGiovanniMX/posts/2267701016627301/>

<http://mxpolitico.com/oaxaca/justicia/inauguran-ciclo-escolar-de-la-facultad-de-medicina-y-cirugia-de-la-uabjo> Jueves, 3 de septiembre de 2018.

<http://www.uabjo.mx/fmyc-uabjo-en-el-ranking-de-las-mejores-escuelas-de-medicina-del-pais>

<http://www.uceva.edu.co/index.php/noticias-y-eventos-uceva/671-imposicion-de-batas-blancas>

Anexo 1.-Encuesta inicial para los estudiantes de tercer año de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

Fecha encuesta: ____/_____/_____/

No.

Encuesta:_____/

(día/mes/año)

Materia _____/

Grupo/Profesor_____

_____/

1. Nombre completo estudiante:

_____/

2. Sexo: 1. Hombre 2. Mujer ____/ 3. Fecha de nacimiento:

____/_____/_____/

(día/mes/año)

3. Lugar de nacimiento (localidad/municipio/estado):

4. Lugar de residencia antes de estudiar medicina (localidad/municipio/estado):

5. Dirección actual (Colonia/municipio):

6. Celular (opcional): _____

7. Vives con tus padres en este momento? 1 Sí 2 No: ____/

3. Otro (especificar): _____

<p>8. Nivel de escolaridad de tu padre:</p>	<p>1.- Ninguno</p> <p>2.-Estudios de primaria (incluye primaria completa)</p> <p>3.-Estudios de secundario (incluye secundaria completa) _____/</p> <p>4.-Estudios de preparatoria o bachillerato (incluye preparatoria o bachillerato completo)</p> <p>5.-Carrera técnica o comercial</p> <p>Especifica cuál: _____</p> <p>6.-Profesional incompleta</p> <p>Especifica en qué:_____</p> <p>7.-Profesional completa</p> <p>Especifica en qué:_____</p> <p>8.-Posgrado</p> <p>Especifica en qué:_____</p> <p>9.-No contestó</p>
<p>9. Nivel de escolaridad de tu madre :</p>	<p>1.- Ninguno</p> <p>2.-Estudios de primaria (incluye primaria completa) _____/</p> <p>3.-Estudios de secundario (incluye secundaria completa)</p> <p>4.-Estudios de preparatoria o bachillerato (incluye preparatoria o bachillerato completo)</p> <p>5.-Carrera técnica o comercial</p> <p>Especifica cuál: _____</p> <p>6.-Profesional incompleta</p> <p>Especifica en qué:_____</p> <p>7.-Profesional completa</p> <p>Especifica en qué:_____</p> <p>8.-Posgrado</p> <p>Especifica en qué:_____</p> <p>9.-No contestó</p>
<p>10.-¿Qué religión tienes?</p>	<p>1.-Católica</p> <p>2.-Protestante _____/</p> <p>3.-Testigo de Jehová</p> <p>4.-Ninguna</p>

	5.-Otra (especificar) _____ 6. No contestó
11.-¿Hablas o entiendes alguna lengua indígena?	1.-Sí Si sí, ¿Cuál? _____ _____/
12.-¿Tus papás hablan o entienden alguna lengua indígena?	1.-Sí Si sí, ¿Cuál? _____ _____/
13.-Nivel socioeconómico de tu familia (según tu percepción):	1.-Nivel bajo 2.-Nivel medio-bajo _____/
14.- Especifica por qué piensas que tu familia es de ese nivel socioeconómico	3.-Nivel medio 4.-Nivel medio alto 5.-Nivel alto 6.-No contestó
15.- Razones para estudiar medicina (marca toda las respuestas pertinentes):	1.-me gusta la carrera de medicina 2.- me aconsejó mi familia y conocidos _____/
	3.-por imitación a familiar o amigo. 4.-es una profesión en la que se tienen ingresos altos. 5.-otro(especificar) _____ 6.-No contestó

<p>16.- ¿Estudiar medicina fue tu primera opción?</p>	<p>1.-Si ¿Por qué? _____ / 2.-No ¿Por qué? _____ 3. Otro (especificar _____) 4. No contestó</p>
<p>17.- ¿Estudiar medicina en la UABJO fue tu primera opción?</p>	<p>1.-Si ¿Por qué? _____ / 2.-No ¿Por qué? _____ 3. Otro (especificar _____) 4. No contestó</p>
<p>18.- ¿Cuentas con una beca o apoyo económico?</p>	<p>1.-Sí 2.-No _____ / 3.-No contestó</p>
<p>19.-Cualidades que debe tener un médico/a con prestigio y buena reputación, según tú</p>	<p>1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____ 5.- _____</p>
<p>20.- Características de una mujer embarazada que se atiende en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, según tú</p>	<p>1.- _____ 2.- _____ 3.- _____ 4.- _____ 5.- _____</p>

<p>21.- ¿Has participado en movimientos estudiantiles dentro de la Facultad de medicina ó previamente a tu ingreso?</p>	<p>1.-Sí _____/</p> <p>2.-No _____</p> <p>3. No contestó</p> <p>Si sí, ¿en cuál? _____</p> <p>Si sí, ¿sigues participando?</p> <p>1.-Sí _____</p> <p>2.-No _____</p> <p>3. No contestó</p>
<p>22.- En relación a la carrera de medicina ¿cómo te sientes como estudiante de tercer año en este momento?</p> <p>(Marca todas las opciones que consideres pertinentes)</p> <p>Explica con tus palabras el/los sentimiento/s que seleccionaste</p>	<p>1.-Contento/a</p> <p>2.-Satisfecho/a _____/</p> <p>3.- Confundido/a</p> <p>4.-Enojado/a</p> <p>5.-Decepcionado/a</p> <p>6. Otro (especificar): _____</p> <p>7. No contestó</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p>23.- ¿Tus recursos económicos afectan la manera en la que aprendes en la escuela de medicina?</p>	<p>1.-Si _____ _____/ ¿Porqué? _____ 2.-No _____ 3.-No contestó _____</p>
<p>24.-Tu origen familiar ¿ha afectado positiva o negativamente tu decisión de estudiar medicina y tu permanencia en la carrera?</p>	<p>1.-Si _____ _____/ ¿Porqué? _____ 2.-No. _____ ¿Porqué? _____ 3.-No contestó _____</p>
<p>25.- ¿El ser mujer afecta la manera en la que aprendes y te desarrollas en la escuela de medicina? (contesta en el caso de que aplique).</p>	<p>1.-Si _____ _____/ ¿Porqué? _____ 2.No.- _____ ¿Porqué? _____ 3.-No contestó _____</p>

Anexo 2.-Guía de entrevistas semiestructuradas a estudiantes de Medicina de la UABJO.

1.- El “estudiante de Medicina”. Construcción social de ser estudiante de Medicina para la familia y para su entorno social cercano.

-¿Por qué estudiante de Medicina?

-¿Cuál fue la reacción de tus padres cuando les informaste tu decisión de ser estudiante de Medicina?

-¿qué piensan tus amigos cercanos de que eres estudiante de Medicina?

-¿el ser “estudiante de Medicina “es más valioso frente a los demás? ¿por qué?

2.- Experiencias durante la admisión a la escuela

-¿Por qué la UABJO?

-¿Fue tu primera opción? ¿Qué pasó con las otras opciones si es que las hubo?

-¿Tu ingreso fue durante el primer examen de admisión o durante “la segunda vuelta?

-¿Cómo ve la gente a “los médicos egresados de la UABJO”?

-¿Cómo escogiste el grupo en el que estuviste en el primer año?

3.- Experiencias durante el primer año dentro de la facultad de Medicina

-¿cómo fueron esos primeros meses dentro de la escuela para ti que vienes de fuera? (en caso de que aplique)

-¿Cuál o cuáles son las materias más pesadas en el primer año?

-¿Estudias en libros, PDF , clones de libros o fotocopias?

-¿Quién te apoya en la compra de tus libros y tu material?

-¿Has tenido rotaciones en anfiteatro?

-Cuéntame ¿cómo fue la primera vez que entraste a anfiteatro, qué sentiste, qué pensaste?

-¿Has podido diseccionar en anfiteatro?

-¿De qué depende que puedas diseccionar o no en anfiteatro?

4.- Experiencias sobre ser una estudiante de Medicina mujer

-¿Has observado alguna diferencia en el trato de tus docentes al ser mujer?

-¿Te sientes más observada o comprometida por el hecho de ser una estudiante mujer frente a tus maestros?

-¿Te sientes más observada o comprometida por el hecho de ser una estudiante mujer frente a tus padres?

5.- Experiencias en la facultad de Medicina en relación a la clase social de los estudiantes

-¿Tienes algún tipo de beca dentro de la facultad?

-¿Cómo se accede a esas becas?

-¿Es difícil acceder a esas becas?

-¿Quién te apoya en la compra de libros?

-¿Qué otros materiales has ocupado hasta el momento y quién te apoya en su compra?

-Si utilizas PDF para estudiar ¿tienes *Tablet*, computadora o los lees en tu celular?

-¿Cómo escogiste tu estuche de diagnóstico?

-¿Cómo escogiste tu estetoscopio?

-¿Hace alguna diferencia que sea de una marca o de otra?

- Durante las prácticas clínicas, ¿todos los estudiantes tienen su propio material?

-¿Existe algún tipo de burla o comentario sobre la marca de tu estuche de diagnóstico u otro tipo de material?

6.- Experiencias en la facultad de Medicina en relación a la etnia- raza de los estudiantes

-¿Viviste en tu comunidad hasta antes de venir a estudiar Medicina?

-¿En dónde estudiaste tu bachillerato?

-¿Con quién y en donde vives actualmente?

- ¿cada cuánto tiempo visitas tu comunidad?
- ¿Cómo fueron los primeros meses dentro de la facultad siendo un estudiante foráneo?
- ¿Con quiénes te relacionas dentro de la facultad?
- ¿Cómo fue la experiencia de vivir “solo”?
- ¿Has recibido algún tipo de comentario dentro de clase por venir de tu comunidad?
- ¿Has recibido algún tipo de comparación con otros estudiantes en relación al lugar de donde provienes?

7.- Experiencias sobre ser estudiante de Medicina en relación a sus posturas políticas.

- ¿Has sido alguna vez instructor de alguna materia?
- ¿Cómo se accede a ser instructor?
- ¿Qué beneficios tiene el ser instructor?
- ¿Pienzas que el ser simpatizante o no del grupo directivo actual favorece tu desarrollo como instructor?
- ¿Pienzas que el ser simpatizante o no del grupo directivo actual favorece tu acceso a material de estudio, congresos o plazas de internado de pregrado en un futuro?
- ¿Qué piensas de la huelga actual?
- ¿Sabes específicamente porqué se está llevando a cabo la huelga?
- ¿Qué acciones toman tus docentes ante la huelga?
- ¿Qué efectos tiene la huelga sobre tu desempeño como estudiante?
- ¿Qué acciones tomas como estudiante para contrarrestar los efectos de la huelga?
- ¿Pienzas que ser simpatizante o no de algún grupo político interno de la facultad afecta la manera en la que se te evalúa?
- ¿Existe rivalidad entre docentes?
- ¿Cómo se refleja la rivalidad de los docentes en la forma en la que te evalúan?

8.-Experiencias sobre la construcción social del “deber ser médico” al ser estudiante de Medicina

-¿Cuáles son las características que un “buen médico” debe tener?

-¿De dónde sacas estas características? ¿Las tomaste de lo que has vivido en tu familia o las observas ahora en los docentes de tu escuela?

9.- Experiencias sobre la construcción social de “las mujeres embarazadas que acuden a servicios públicos de salud”.

- Para ti, ¿qué características tienen las mujeres embarazadas que acuden a los servicios públicos de salud?

-¿De dónde tomas estas características? ¿De experiencias previas que has vivido en tu familia o de lo que has observado o aprendido dentro de la escuela de Medicina?

Anexo 3.-Guía de entrevistas semiestructuradas a profesores de la Facultad de Medicina:

Nombre completo:

Fecha y Lugar de nacimiento:

Materia que imparte dentro de la facultad de medicina:

Tiempo que lleva como docente:

El profesor “estudiante de Medicina”

-¿Por qué y cómo decidió estudiar medicina? Cuénteme

-¿Hay médicos en su familia? Si sí ¿quién/es? ¿Influyó en su decisión tener estos referentes cercanos? Si sí, ¿cómo? Si no, ¿por qué?

-¿En qué universidad estudió?

-¿Considera usted que el modo de estudiar medicina era diferente en la época en la que estudió? Si sí, ¿por qué? Cuénteme.

Experiencias como docente en la Facultad de Medicina

-¿Cómo decidió laborar como docente en la facultad de medicina de la UABJO?

-¿Desde hace cuántos años labora aquí?

-¿Qué materias ha impartido durante estos años?

-¿Labora o ha laborado en otras universidades?

-¿Le gustaría laborar en otra universidad? ¿Por qué sí o por qué no? Cuénteme.

-¿Cuál considera que ese su método de enseñanza?

-¿Cuál es el método que usted utiliza para impartir sus clases? ¿Ha utilizado ese mismo método desde siempre? ¿Por qué?

-¿Cuáles son los métodos de evaluación que utiliza? ¿Por qué considera útil ese método?

-¿Cómo aprendió a ser profesor?

-¿Cómo se actualizan los profesores? ¿Se actualiza usted frecuentemente?

-¿Cómo considera a los alumnos actualmente en relación a los alumnos de generaciones pasadas? ¿Más o menos dedicados? ¿Más o menos apáticos? Cuénteme.

- Según su opinión ¿Ha cambiado el número de alumnos en relación a generaciones pasadas?

-¿Qué piensa de las fuentes de estudio en las que actualmente se basan sus alumnos: libros, PDF, clones, fotocopias? ¿Sabe de qué depende que utilicen unos u otros?

-En relación a alumnos de generaciones pasadas ¿cómo considera usted a las generaciones actuales?

-¿Cuáles son las ventajas que piensa que puedan tener las generaciones actuales?

Ideas sobre las estudiantes de Medicina mujeres y docentes mujeres.

-¿Cómo ha sido su relación con los demás profesores siendo una docente mujer? (en caso de que aplique) ¿cuáles han sido sus dificultades? ¿Cuáles han sido sus retos?

-En su opinión, ¿cómo ve actualmente el papel de las estudiantes de medicina mujeres en la facultad? ¿Considera usted que ha variado el número de ellas en relación a otras generaciones? ¿Por qué piensa que está sucediendo esto?

-En su opinión ¿Cómo ve actualmente el papel de las docentes mujeres en la facultad?

-¿Considera usted que el compromiso de las estudiantes mujeres sea diferente al de los hombres frente a sus familias, a sus profesores y frente a sus mismos compañeros?

Experiencias en la facultad de medicina en relación a la clase social de los estudiantes

-Conoce usted ¿cómo se mantienen sus alumnos económicamente mientras estudian?

-Conoce usted si ¿existen alumnos que tengan alguna beca dentro de la facultad?

-Conoce usted si dentro de sus alumnos ¿existen quienes tienen que trabajar para mantenerse? Si, si ¿En qué trabajan? ¿Cuántas horas a la semana?

-Conoce usted ¿Quién les apoya en la compra de libros?

-En cuanto al material didáctico como el estuche de diagnóstico y el estetoscopio ¿Considera importante que el alumno cuente con este material? ¿Existe alguna diferencia entre las marcas?

- Durante las prácticas clínicas, ¿todos los estudiantes tienen su propio material?

Experiencias en la facultad de medicina en relación a su etnia-raza.

¿De dónde es originario usted?

-¿Vivió en su comunidad hasta antes de estudiar medicina?

-¿En donde estudió su bachillerato?

-¿Cada cuánto tiempo visita su comunidad?

-¿Usted se considera indígena? -¿Qué quiere decir "indígena" para usted? Cuénteme

(si contestó que sí): ¿Ha sido objeto de discriminación, burla, ó que lo hicieran sentir menos en la cd de Oaxaca? ¿En la facultad de Medicina? ¿Por parte de profesores? ¿Por parte de otros compañeros? Cuénteme.

Experiencias sobre ser estudiante de medicina en relación a sus posturas políticas.

-¿Usted milita o militó en algún partido político? Si sí, ¿Cuál, desde cuándo y por qué? ¿Qué ventajas tiene militar? ¿Qué desventajas? Cuénteme.

-¿Usted participó en algún movimiento político- social? Si sí, cuál, ¿desde cuándo y por qué. Qué ventajas tiene participar? ¿Qué desventajas? Cuénteme.

-¿Pertenece a alguna asociación estudiantil?

- ¿Fue alguna vez instructor de alguna materia?

-¿Qué piensas de la huelga actual? ¿Está de acuerdo con la huelga o no? Explíqueme...

-¿Considera usted que los alumnos de medicina se perjudican con las huelgas? ¿Por qué?

Relaciones sociales en la facultad de medicina

-¿Cómo es su relación con los demás docentes de la facultad?

-¿Considera que existe algún tipo de rivalidad entre docentes de la facultad? ¿Cómo se da eso? ¿Por qué?

-¿Cómo es su relación con sus propios alumnos? ¿Por qué es de ese modo su relación con ellos? Cuénteme.

-Además de la Facultad de Medicina, ¿labora usted en otro sitio?

-¿Qué lo motiva a continuar dando clases en la facultad de Medicina?

-¿Cómo son sus relaciones familiares en este momento? ¿Tiene hijos estudiando en la facultad de medicina actualmente?

Experiencias sobre la construcción social del “deber ser médico” al ser docente de la facultad de medicina

-¿Cuáles son las características que un “buen médico” debe tener?

-¿De dónde saca usted estas características? ¿Las tomó de lo que vivió previamente a estudiar Medicina o las observó en algún docente de su propia escuela?

-¿Desde cuándo considera que esas, son las características de ser "buen médico"? ¿Ha cambiado su percepción de qué significa ser buen médico a lo largo de los años ejerciendo medicina? ¿Cómo ha cambiado? ¿Por qué ha cambiado? Cuénteme.

-¿Para usted cuáles son las características de un médico mediocre?

Experiencias sobre la construcción social de “las mujeres embarazadas que acuden a servicios públicos de salud”.

- Para usted, ¿qué características tienen los pacientes y/o las mujeres embarazadas que acuden a los servicios públicos de salud (como el hospital Valdivieso)?

-¿De dónde toma estas características?

-¿Cómo vienen tratados los pacientes/ las mujeres en estos servicios? ¿Cómo deberían ser tratados/as? Cuénteme sus opiniones al respecto

-¿Cuál es el objetivo de los ciclos clínicos que llevan a cabo los estudiantes?

-¿Considera importante el acercamiento de sus estudiantes a los pacientes? Si, sí. ¿por qué?

-¿Cuáles son las aptitudes que considera indispensables que los estudiantes aprendan cuando acuden a los ciclos clínicos?

-¿cómo evalúa usted la asistencia y desempeño en los ciclos clínicos?

¿Cuáles son las actitudes y aptitudes que usted esperaría que sus estudiantes aprendieran durante la rotación clínica de ginecología?