



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología
División de Estudios Profesionales



Estudiantes invadidos: la conformación del habitus del médico pasante o recién egresado a partir del sistema educativo médico

TESIS
Que para obtener el título de
Licenciada en Psicología

Presenta
Alicia Naomi Ramos Imuro

Director: Mtro. Juan Carlos Huidobro Márquez
Revisora: Dra. Ma. Emily Ito Sugiyama

Sinodales: Dr. Roberto Castro Pérez
Lic. Blanca E. Reguero Reza
Dra. Tania Villanueva Martínez

Ciudad Universitaria, Ciudad de México, diciembre 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Papá y mamá: gracias por el apoyo que nunca falló, ni siquiera cuando les dije que quería estudiar psicología y que esos cinco semestres de medicina iban a quedarse sólo en eso. Nunca podría terminar de agradecerles todo lo que han hecho por mí, cada uno a su manera.

Sayuri: por ser mi guía sin darte cuenta, en aciertos y errores, pero sobretodo porque me has enseñado que sí se pueden hacer las cosas a la manera de cada quien.

A toda mi familia por la paciencia y el apoyo de siempre.

Juan Carlos en una clase de psicología comunitaria nos dijo, “los profesores que tienen ahorita van a influir en quienes se van a convertir en un futuro”. Parece una línea sencilla, obvia, pero de lo obvio que se invisibiliza, y curiosamente algo de eso hablo en la tesis. Quiero agradecer a lo que yo reconozco como las dos influencias más importantes de lo que quiero ser como psicóloga: Emily y Juan Carlos.

A Emily, por tanta paciencia, sabiduría y oportunidades de pensar y aprender con ella, tanto en el aula como en los proyectos fuera de ella. Espero esta tesis refleje el camino recorrido con usted.

A Juan Carlos, por ser el profesor que me hizo entender desde la importancia de las marchas por 43 estudiantes hasta de lo que hablaba Niklas Luhmann, y por ayudarme a aterrizar en 20 minutos un proyecto como éste que parecía en un inicio un estambre enredado sin principio ni fin. A ambos les agradezco enseñarme a no ser tan ingenua, (aunque queda bastante por recorrer de eso).

Roberto Castro, Blanca Reguero y Tania Villanueva: no puedo hacer más énfasis en lo importante que fue cada una de sus retroalimentaciones para mí, además de mi profundo agradecimiento por su grata disposición para leer mi trabajo.

A los informantes de este estudio, muchas gracias.

Finalmente pero no por eso menos importantes, este trabajo tampoco sería sin el apoyo de mis amigxs:

En Psicología, por orden de aparición y no de importancia: Monse, Vico, Laura, Rubén, Inés, Ximena, Gustavo, Ana Pau y Maika: gracias por todos momentos que pasamos y los trabajos que hicimos juntos, hasta en los que nos jalamos la greña un poco. Fueron mis maestros no formales estos 4 años. Gracias por su compañía en este proceso.

Iván: el último amigo que hice en la carrera; sólo compartimos dos asignaturas pero no te quita el título de mejor compañero. Gracias por dejarme derretir tu oreja pegada en el teléfono todas las veces que hablaba de Bourdieu y los médicos sin quejarte. Y por todo lo demás.

Gabi: por los gifs, los lunes de tesis, el tip de freepik, los cafés y el cine. Esto se terminó más rápido gracias a ti.

Paola, Ale (y Fer): parte de la inspiración del proyecto; además por ayudarme a conseguir participantes y porque todas nuestras pláticas me remitían a mi proyecto.

Mónica, Fer, Rosalia y Luisa: su constante presencia en mi vida me inspira siempre a querer llegar lejos como ustedes.

Muchas, pero muchas gracias.

Índice

Resumen	i
Introducción	iii
1. Capítulo 1: Situación educativa de los médicos de pregrado en la UNAM	1
1.1. Antecedentes	1
1.2. Currículo vigente	3
<i>Ingreso a la Facultad de Medicina</i>	6
<i>Fase 1: Ciclos básicos</i>	7
<i>Fase 2: Ciclos clínicos</i>	8
<i>Fase 3: Internado Médico de Pregrado</i>	9
<i>Fase 4: Servicio Social</i>	10
<i>Asignaturas optativas</i>	11
<i>Formas de evaluación</i>	12
<i>Formas de titulación</i>	13
1.3. Otras consideraciones importantes	13
1.4. Problematizando: currículo formal, real y oculto	17
2. Capítulo 2: Revisión de algunos conceptos de Pierre Bourdieu	19
2.1. Antecedentes: el contexto sociohistórico de Bourdieu	19
2.2. Una mirada general a la teoría	20
2.3. Los capitales de Bourdieu: más allá del economicismo que mueve al mundo social	22
<i>Capital cultural</i>	23
<i>Capital social</i>	26
<i>Equivalencias con el capital económico</i>	28
2.4. Espacio y campo para Bourdieu	29
2.5. Habitus	32
<i>Génesis del habitus</i>	34
3. Capítulo 3: Método	39
3.1. Planteamiento del problema	39
3.2. Objetivos	40
3.3. Participantes	41
3.4. Instrumento	42
3.5. Procedimiento	44
3.6. Análisis de la información	44
3.7. Consideraciones éticas	45
4. Capítulo 4: Las categorías del habitus: resultados e interpretaciones	47
4.1. Experiencias previas a la licenciatura	49
4.2. Espacio social	53
4.3. Campo médico	56

4.4. Capitales	64
4.5. Génesis del habitus	73
4.6. Habitus	86
5. Capítulo 5: Matices del habitus: discusión y conclusiones	103
Algunas consideraciones	118
Conclusiones	121
Referencias bibliográficas	125
Apéndices	
A1. Cuadro comparativo de los perfiles propuestos en el Plan de Estudios 2010	129
A2. Guía de entrevista	131
A3. Ejemplo de carta de consentimiento informado	133

Resumen

Este trabajo tiene el objetivo de esbozar el habitus de los médicos a partir de su formación académica para determinar si, al concluir la licenciatura, las disposiciones de los agentes se inclinan por una conservación del sistema del que forman parte o si existen resistencias a éste, así como identificar los factores que determinan que esto sea así. Se llevó a cabo un estudio de corte cualitativo en el que participaron seis médicos recién egresados de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quienes accedieron de manera voluntaria a ser entrevistados. Se hizo un análisis de contenido de la información obtenida a partir de las propuestas teóricas de Pierre Bourdieu, determinando que las categorías serían: experiencias previas que influyen en la formación del habitus, el espacio social, el campo médico, los capitales involucrados, el proceso de génesis del habitus y, finalmente, el habitus expresado en las prácticas y opiniones de los participantes. De los análisis de los resultados se desprende que los agentes incorporan el campo médico jerárquicamente -en diferentes niveles- de acuerdo con las disposiciones de los médicos y el sistema educativo de la UNAM, entre otros elementos de desigualdad social, que no permiten que todos cuenten con las mismas posibilidades de alcanzar las posiciones más altas en esa jerarquía. Sin embargo, esta desigualdad se enmascara por diferentes factores, por lo que algunos de los médicos no alcanzan a visibilizarla. Por esto, es posible que algunos de ellos -particularmente aquellos quienes tenían ventaja de capitales y, por lo tanto, mejores posibilidades de alcanzar una posición con peso social importante- se inclinen más por una conservación del sistema, aunque esta aseveración tiene sus matices. No obstante, se identificaron resistencias en algunos de los participantes que señalaron preferir no continuar con las pautas que el sistema les proporcionaba, como el sentido práctico a seguir dentro del campo.

Palabras clave: educación médica, teoría práctica, Pierre Bourdieu, habitus, educación superior

Introducción

El análisis de las distintas profesiones en la historia humana ha mantenido siempre un lugar importante en el ámbito académico por su vinculación con la sociedad en la que están inmersas y los impactos que tienen sobre ésta. La formación profesional tiene un lugar primordial en el marco político educativo de los países como México, ya que se relaciona con el desarrollo de planes y programas que busquen formar agentes para el progreso de las condiciones del país en todas sus esferas, una de ellas, la salud. La medicina en sus inicios era una profesión que se constituía por “prácticas poco científicas e inconexas”, y con el paso del tiempo y el arribo de la modernidad, la profesión se transformó en un conjunto de conocimientos científicos (Fernández Pérez, 2001).

Por esto mismo es importante poner en contexto a la medicina como profesión que está constantemente sujeta a cambios de acuerdo con el devenir social, las transformaciones en la ciencia y la aparición de nuevas tecnologías. A través del tiempo, esta profesión ha ido definiendo los límites de su práctica, aparentemente de acuerdo con las necesidades de la sociedad en la que se desarrolla (Fernández Pérez, 2001). Estas transformaciones se han analizado desde diferentes disciplinas y enfoques, reflexionando en torno a la formación de médicos y sus prácticas en el país. En estas investigaciones se han abarcado diversos temas; específicamente, en torno a los procesos de enseñanza del médico, existen investigaciones desde múltiples perspectivas. Desde las posturas más macrosociales como los estudios sociológicos, por ejemplo, Fernández Pérez (2001) se aproximó a la estructura y realidad de la profesión médica en el caso de los homeópatas y alópatas. Desde una mirada antropológica, en cambio, Campos (2010) exploró la enseñanza de la antropología médica en diferentes periodos de la historia mexicana: desde el indigenismo del siglo XX a la actualidad. Los libros que compilan capítulos que versan de los retos en la educación médica de Alfredo Lifschitz (2010), es otra muestra, y dentro de esta obra se puede identificar que también existen análisis de corte microsocial que se enfocan en aspectos como la relación médico–paciente, o los procesos, como el síndrome de desgaste profesional, que los médicos experimentan.

El estudio de los fenómenos que circundan a la profesión médica no son nuevos para la psicología. Existen tesis y artículos que parten de la psicología clínica y la psicología laboral que

revisan temas como el síndrome de desgaste ocupacional y *mobbing* en los médicos, así como las implicaciones que éstos tienen en la atención a los pacientes en los hospitales. Se pueden encontrar una cantidad considerable de trabajos, como el artículo de Hernández, Dickinson y Fernández (2008), en donde se explora el síndrome de desgaste profesional en médicos mexicanos en su artículo publicado en la Revista de la Facultad de Medicina. Hay también una gran diversidad de tesis respecto al tema que no se limitan a la disciplina de la psicología, sino también trabajos que realizan médicos especialistas en medicina familiar para obtener el grado de especialista. Sin embargo, no existen muchos estudios que parten de la psicología social. En México, el artículo “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México” de Roberto Castro (2014) versa sobre el tema, pero aproximándose desde la sociología médica.

Consecuentemente en este trabajo busco abordar este fenómeno desde una perspectiva diferente dentro de la psicología, pese a que el teórico utilizado es sociólogo. Intento, con la descripción del habitus y el campo del estudiante de medicina, proponer una comprensión acerca de la formación de la identidad del mismo a partir de sus prácticas y, al mismo tiempo, obtener una explicación posible a que el sistema educativo médico permanezca relativamente inmutable, a pesar de tener aparentemente identificadas sus fallas. Por otro lado, a partir del análisis de la construcción del campo y habitus de los estudiantes de medicina, se puede desarrollar propuestas para cambiar de la formación profesional formal e informal de los médicos, no partiendo únicamente desde la modificación de un plan de estudios, sino apuntando a cambiar la forma en que los actores viven e internalizan las pautas ya existentes.

El concepto de habitus, según Giménez (2002), describe un sistema de disposiciones duraderas y además un sistema adquirido de esquemas generadores que tienen su génesis en dos procesos: la inculcación y la incorporación. La inculcación (Giménez, 2002) se refiere a la acción pedagógica que se da dentro de un espacio institucional; y la incorporación se refiere a la interiorización de regularidades que están inscritas en sus condiciones de vida. Para ser más concreta: la inculcación sería aquello que directamente se instruye a los agentes como “aprende los doce pares craneales”, y la incorporación sería todo lo que se aprende por observación del transcurso de la cotidianidad. Entonces, aproximarse a la construcción del habitus del estudiante de medicina implica analizar estos dos procesos, sin dejar de lado el espacio social en donde se insertan los médicos, así como las tres especies de capital: económico, cultural y social, que Bourdieu propone que entran en juego y movilizan a los agentes en estos campos.

Propongo entonces usar la teoría sociológica de Pierre Bourdieu ya que proporciona los recursos para estudiar y analizar el proceso de la formación del médico de forma amplia, sintética e integral, a diferencia de la mayoría de las perspectivas que anteriormente se intentan acercar él, que se inclinan por evaluar de forma unilateral la calidad del sistema educativo o los efectos del maltrato en el año del internado, por mencionar dos ejemplos. Es decir, la teoría de Bourdieu estudia a la sociedad atravesándola desde diferentes lugares: el sistema educativo, las desigualdades sociales, la reproducción de los sistemas, pero sin dejar de lado lo que caracteriza en un nivel más microsocioal a los agentes que están en juego. Así, se podría poner el entendimiento de la problemática en sintonía con la propuesta de construcción social planteada desde la sociología de Bourdieu, apuntando a la complementariedad de perspectivas y síntesis plural de teorías que se pueden considerar como mutuamente excluyentes (Giménez, 2002). Además, el uso de la teoría sociológica de Bourdieu en la psicología social acerca a las disciplinas y abona a la teoría para el estudio de las reproducciones culturales de la sociedad, que ocupan tanto a la psicología como a la sociología.

Así, este trabajo tiene como objetivo caracterizar el habitus del médico que recién finaliza su licenciatura, para determinar si éste se inclina por una conservación o subversión hacia el sistema de educación del cual forma parte. El documento resultante se estructura de la siguiente manera:

En el primer capítulo describo brevemente la situación educativa de los médicos a nivel de licenciatura. Este capítulo contiene una síntesis de lo relevante para este trabajo del Plan de Estudios 2010 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM): sus antecedentes; la estructura de la formación académica de los médicos propuesta a nivel curricular; el tránsito por el plan de estudios desde ingreso hasta la titulación; así como la problematización de este plan de estudios al final del capítulo.

El segundo capítulo del trabajo alberga una exposición de los términos de la teoría sociológica de Pierre Bourdieu que utilizo posteriormente para el análisis de la información. Explico lo que Bourdieu matiza acerca de la consideración de los diferentes tipos de capitales; también detallo lo que este teórico propuso como espacio social y su importancia para el estudio del habitus, así como la diferenciación de éste con el campo profesional; finalmente, hago una descripción de su propuesta de habitus.

El capítulo tres se concentra en la explicación del método del presente trabajo, detallando desde el planteamiento del problema, los objetivos, las características de los participantes y del instrumento que utilicé en la entrevista, el procedimiento y la descripción del análisis de la información y las consideraciones éticas que observé al realizar este proyecto.

Los resultados e interpretaciones están contenidos en el cuarto capítulo. Éste está dividido en secciones según el análisis categórico de la información que obtuve de las entrevistas. Estas fueron: experiencias previas a la formación médica relevantes a su elección; espacio social; campo médico; capital económico, social y cultural; génesis del habitus y finalmente, habitus expresado como formas de pensar y de actuar.

Finalmente, en el quinto capítulo del libro discuto los matices que tiene el afirmar que los estudiantes en la UNAM se encuentran invadidos por el sistema y que se inclinan, por lo tanto, por su conservación; así como lo que representa el haber hallado un par de resistencias en las experiencias relatadas de los participantes. Asimismo, hago visibles los límites de las interpretaciones de mis hallazgos y cierro, a manera de conclusión, con una invitación a la apertura de la medicina hacia disciplinas de corte social para la crítica y construcción de diferentes prácticas en la profesión médica, así como la importancia de una práctica crítica de las profesiones.

Capítulo 1: Situación educativa de los médicos de pregrado en la UNAM

En el último año, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) recibió una demanda de más de veintisiete mil aspirantes para la licenciatura de Médico Cirujano (UNAM, 2016). De todos los planteles de Ciudad Universitaria, la Facultad de Medicina es la más solicitada por los jóvenes tanto de preparatorias de la UNAM como aquéllos de instituciones externas a ésta (*idem*). La alta demanda de la licenciatura vuelve de gran importancia analizar lo que sucede con los alumnos que logran tanto ingresar como egresar, por lo que en este capítulo se busca resumir brevemente el plan de estudios propuesto por la Facultad de Medicina de la UNAM; se describe cómo ejecuta dicho plan y se mencionan algunos de los retos ya identificados en el sistema de formación de los médicos en México.

Para entender la manera en que el estudiante de medicina incorpora su profesión a su forma de vida, haré un breve análisis del plan de estudios por el cual fue formado. Esta sección comienza con un resumen de los antecedentes encausaron el diseño curricular que dio como resultado el plan en actual vigencia; posteriormente, se hace una descripción formal del mapa curricular y las formas de evaluación.

1.1 Antecedentes

El plan de estudios actual de la Facultad de Medicina se implantó en el año 2010. Este plan entró como una revisión del Plan Único, que se había modificado en 1998 por última vez, al aprobar que se agregara un semestre preclínico entre los ciclos básicos y los clínicos. Este nuevo plan se propuso con el objetivo de hacerle frente a los “cambios económicos, sociales, culturales, científicos y tecnológicos que influyen en la formación del médico del futuro” (UNAM, 2009, p. 7).

Anteriormente, el Plan Único se había llamado así al haberse planteado como una propuesta de fusión de los dos planes de estudio vigentes hasta ese entonces: el Programa de Medicina General Integral Plan A-36 y el Plan de Estudios 85. El Programa de Medicina General Integral Plan A-36, planteado a principio de los años setenta, tenía como objetivo lograr una enseñanza de la medicina más enfocada en situaciones reales y sin escindir la teoría de la práctica, para favorecer que el estudiante construyera “un conocimiento científico sólido e integrado” (UNAM, 2009, p. 12). Este plan se enfocaba a la solución de la problemática entorno

a que los egresados anteriormente no estaban logrando adquirir las capacidades necesarias para actuar como médicos generales; es decir, no eran capaces de prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a los pacientes únicamente con recursos de primer nivel y sin equipo especializado. La fusión diez años después de su implementación tuvo como objetivo optimizar el uso de recursos y fortalecer el proceso educativo para así asegurar una educación de calidad a los estudiantes (UNAM, 2009).

La propuesta del Plan 2010 surgió a partir de la identificación de un contexto socioeconómico, científico y tecnológico cambiante con consecuencias a las cuales había que hacer frente. Como lo marca la presentación del plan de estudios:

El propósito fundamental es lograr que el plan de estudios 2010 de la licenciatura de médico cirujano se coloque a la vanguardia de las tendencias de la educación médica nacional e internacional; que responda a la situación cambiante del sistema de salud y a las necesidades y expectativas de la sociedad, además de considerar el contexto epidemiológico y el contexto social del médico, todo ello en un marco de acción-reflexión ética y humanista (*idem*, p. 7).

Para el planteamiento del plan también se analizó el referente contextual del país, el cual colocaba a México como un país en una etapa de transición demográfica avanzada, lo cual indicaba que el país presentaría enfermedades propias de países desarrollados y las propias en países en vías de desarrollo. Se consideraron los grados de escolaridad, nivel de desempleo y las condiciones sociodemográficas de la población, como son servicios elementales como agua potable y drenaje. Por lo tanto, el plan propone que el médico se deberá enfrentar a un entorno en donde tenga la capacidad de responder a enfermedades que son consecuencias de la pobreza y la marginación, atender enfermedades crónico degenerativas, ayudar a que se modifiquen conductas de riesgo para cambiar estilos de vida hacia uno más protector de la salud, capacidad para atender problema de salud mental, utilizar recursos evitando costos innecesarios y adaptándose a su contexto, así como atender infecciones emergentes derivadas de la evolución biológica de los agentes infecciosos (*idem*). Estas demandas están requiriendo que el médico general tenga la capacidad para hacerle frente a los retos que plantean distintas de tipos de enfermedades y a problemas derivados de recursos económicos.

Hay que destacar que en el diseño del Plan de Estudios 2010 fue indispensable considerar el Sistema de Salud de México y, con esto, a las instancias prestadoras de servicio de salud, que son tres: aquéllos que se ocupan de la población no asegurada como son los institutos de la Secretaría de Salud (SSA); aquéllos que conforman a la seguridad social, el Instituto Mexicano

del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la institución de seguridad social de las fuerzas armadas y la de los trabajadores de PEMEX; y finalmente aquellos del sector privado que atienden a cualquier persona con capacidad de pago, que en teoría se debería ocupar del 10% de la población; sin embargo, casi el 30% de la población que son derechohabientes de seguridad social se atienden en un sector privado (UNAM, 2009). Considerar a todas estas instituciones resultó de importancia en el plan de estudios no sólo para su explicar el funcionamiento a los estudiantes, sino porque el sistema educativo médico atraviesa al sistema de salud al formar a sus estudiantes a través de la realización de prácticas profesionales en los distintos centros de salud y hospitales en que estos prestadores se materializan, como se explicará más adelante.

El plan actual también intenta tomar en cuenta las tendencias actuales y futuras en la medicina para formar al médico en las novedades de la tecnología informática, los avances en las técnicas de laboratorio clínico, la imagenología, los avances de la nueva biología celular, la biomédica, la farmacogenómica, la evolución de los agentes infecciosos por mutaciones y las resistencias a los antibióticos. Se identifica también como una necesidad que el médico general participe en actividades de promoción de educación para la salud con la finalidad de modificar conductas de riesgo para evitar enfermedades, en donde juega un papel de primera importancia del trabajo en equipo para proporcionar una atención de calidad (*idem*).

Por último, en antecedentes a resaltar del plan de estudios, hay que señalar que pese a la formación orientada hacia la medicina general, se reconoce en el planteamiento que las plazas para médicos especialistas en instituciones públicas y de seguridad social han ido en aumento, contrastando con las plazas para médicos generales. Este hecho, como lo establecieron, volvería al sistema de salud insostenible y, sin embargo, es una realidad, por lo cual el plan 2010 pretende girar la educación médica para un fomento de una práctica de medicina general y revertir esta tendencia (*idem*).

1.2 Currículo vigente

El enfoque del Plan Único al Plan de Estudios 2010 cambió, siendo este último un currículo diseñado por competencias. El planteamiento de éstas se basó en la corriente

pedagógica holística¹ según los autores del plan de estudios. Estas competencias se enlistan a continuación en el mismo orden que se plantearon originalmente (UNAM, 2009):

1. Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información.
2. Aprendizaje autorregulado y permanente.
3. Comunicación efectiva.
4. Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina.
5. Habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación.
6. Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales.
7. Salud poblacional y sistema de salud: promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
8. Desarrollo y crecimiento personal.

Quisiera hacer énfasis en que la primera competencia señalada como indispensable para un médico es la actitud crítica. Al analizar las tendencias actuales y futuras de la formación profesional del médico, el plan de estudios de la Facultad de Medicina reitera que es importante que el médico posea “un pensamiento crítico y reflexivo, favorecer el cambio y ser capaz de continuar su formación mediante el aprendizaje autodirigido y el desarrollo profesional continuado, además de actuar con profesionalismo y tener capacidad de comunicación” (*idem*).

La organización del currículo conservó la organización de asignaturas del Plan Único, que seguía un esquema de dos años de ciencias básicas impartidas en la Facultad de Medicina, dos años y medio de clínicas impartidas en diferentes hospitales y clínicas de Ciudad de México, un año de internado que puede llevarse a cabo en cualquier lugar de la república y un año de servicio social, que igualmente puede cumplirse en instancias fuera de la ciudad. En resumen, la duración de la licenciatura de Médico Cirujano es de un total de seis años y medio y, a excepción de los primeros dos años, se imparte en instituciones diferentes. El plan de estudios consiste en un total de 431 créditos, de los cuales 423 corresponden a materias obligatorias y ocho corresponden a las optativas.

El objetivo general del plan de estudios es “formar médicos capaces y competentes para ejercer la medicina general de calidad en ambientes complejos y cambiantes” (UNAM, 2009) con

¹ La corriente pedagógica holística es aquella que vincula el aprendizaje formal con la dimensión afectivo-emocional del estudiante y parte del supuesto que el estudiante es capaz de buscar activamente los estímulos que necesita para su desarrollo (Santos Rego, 2000).

el uso de conocimientos, habilidades y actitudes para atender problemas de salud de forma integral, el pensamiento crítico y la práctica reflexiva y el uso adecuado de tecnologías de comunicación e información.

El plan de estudios se organiza alrededor de tres ejes curriculares: la integración biomédica-sociomédica-clínica; vinculación medicina, información y tecnología; y finalmente la articulación ética, humanística y profesional. A su vez, las asignaturas se encuentran dentro de tres áreas de conocimiento: Bases Biomédicas de la Medicina; Bases Sociomédicas y Humanísticas de la Medicina; y Clínicas. Se plantea que los ejes y las áreas faciliten la integración de los conocimientos que los alumnos van adquiriendo a lo largo de la carrera. Para el avance del alumno sobre estos ejes y áreas, se proponen cuatro fases secuenciales de formación que son análogas a las fases descritas anteriormente; la Figura 1 ilustra dicha trayectoria.

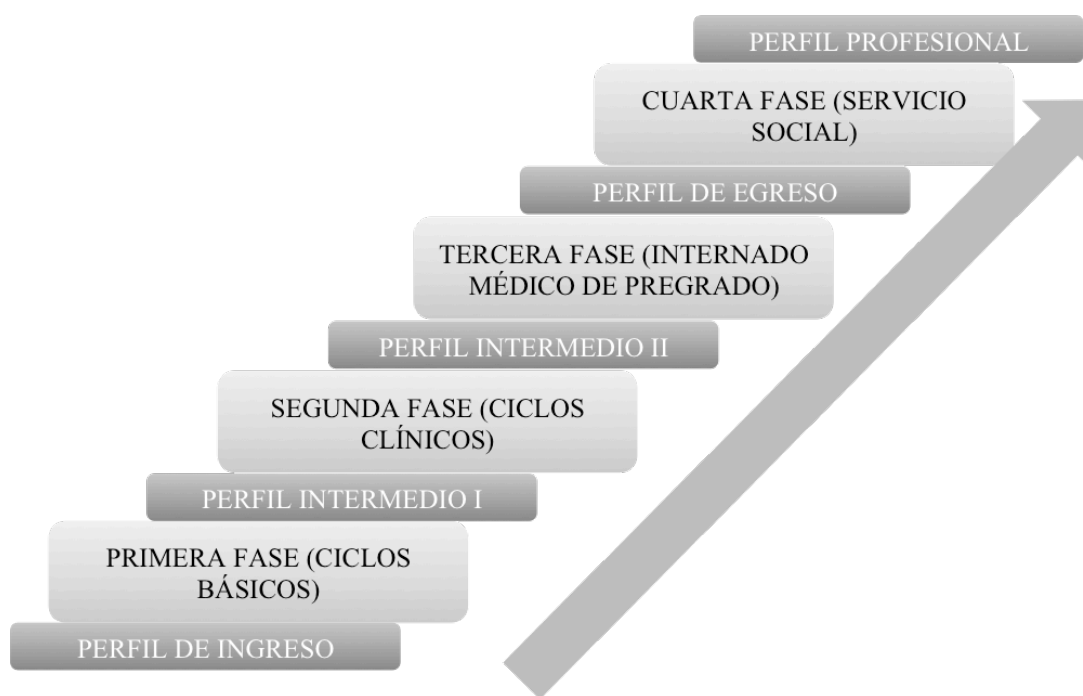


Figura 1: Esquemización de las fases del plan de estudios. Fuente: UNAM (2009, p. 50).

- Fase uno: del primer al cuarto semestre de la licenciatura, correspondientes a los ciclos básicos.
- Fase dos: del quinto al noveno semestre, correspondientes al semestre preclínico y a los ciclos clínicos.
- Fase tres: décimo y onceavo semestre, correspondientes al internado clínico de pregrado
- Fase cuatro: doceavo y treceavo semestre, correspondiente al servicio social

El Plan de Estudios 2010 propone para cada una de estas fases, un perfil de competencias adecuadas a las ocho ya mencionadas; es decir, se propone un perfil de ingreso, dos perfiles intermedios, un perfil de egreso y un perfil profesional. A continuación, cómo operan los ejes curriculares y las áreas de conocimiento en cada fase en orden cronológico, comenzando con el ingreso a la facultad y terminando con el perfil profesional del médico una vez que ha concluido el servicio social. En el Apéndice 1 de este trabajo, presento un resumen de las competencias que se plantea para cada una de las fases del plan de estudios.

Ingreso a la Facultad de Medicina

El ingreso a la Facultad de Medicina, como para cualquier otra licenciatura en sistema escolarizado en la UNAM, tiene la opción del Pase Reglamentado para los alumnos de la Escuela Nacional Preparatoria (ENP) y el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH); y la opción del Concurso de Selección para aquellos alumnos externos a las instituciones anteriores. El Pase Reglamentado en el año 2015 establecía que los alumnos que aplican para la licenciatura de Médico Cirujano debían tener un promedio de 9.64 o mayor, haber cursado el bachillerato en tres años y no tener ningún examen extraordinario (UNAM, 2015). El concurso de selección en este mismo año estableció que los aspirantes debían tener un puntaje de 109 o 113² aciertos en un examen de 120 reactivos.³ Desde el 2008, la Facultad ofrece alrededor de 1 200 lugares; normalmente, alrededor de dos terceras partes de esos lugares se destinan a alumnos que provienen de de ENP y CCH y los lugares restantes se asignan para los aspirantes por concurso de selección (UNAM, 2011). Sin embargo, en el ciclo 2015 únicamente se destinó un 18% de las plazas para el concurso de selección (UNAM, 2015). El último informe de actividades de la facultad también reporta haber incrementado el número de lugares a casi 1300 en 2015.

² Para los concursos de febrero y junio, respectivamente

³ Dirección General de Administración Escolar (DGAE), UNAM.

El Plan de Estudios establece que el aspirante a la licenciatura de Médico Cirujano debe tener capacidad para expresarse con claridad, aplicar conocimientos tanto físico-matemáticos, como químico-biológicos para solucionar problemas, conocer las bases de computación e informática para la búsqueda de información, comprender textos de salud en inglés y español, así como trabajar en equipo con actitud de respeto. También se establece al final de la lista de capacidades, que el alumno debe poder organizar sus tiempos para estudiar y “otras actividades culturales, mantener su equilibrio emocional y demostrar actitud de servicio y empatía para con los demás” (UNAM, 2009, p. 41).

Fase I: Ciclos básicos

La primera fase, organizada en dos años, contiene 16 asignaturas.⁴ Doce de éstas son de duración anual y cuatro son semestrales. El objetivo de esta fase es que el alumno integre los conocimientos predominantemente biomédicos y sociomédicos; las habilidades clínicas y prácticas de salud pública se van introduciendo gradualmente. En esta fase, el eje de integración biomédica-sociomédica-clínica busca que, a través del aprendizaje basado en problemas, revisión de casos clínicos y análisis de artículos de investigación, el estudiante comience la construcción integral de los diferentes contenidos teóricos de las asignaturas. Particularmente, las asignaturas de Integración Básico–Clínica I y II tienen el objetivo de que el estudiante adquiera los conocimientos biomédicos y sociomédicos con elementos clínicos. El eje de Vinculación Medicina, Información y Tecnología busca en esta fase que el alumno logre adquirir conocimientos, habilidades y actitudes que se requieren para buscar, identificar, analizar y aplicar la información biomédica. La asignatura de Informática Biomédica busca promover estas competencias. Además, se propone que mediante el aprendizaje basado en problemas, trabajos de investigación y los seminarios, se propicie la utilización de estas habilidades y conocimientos. El eje de articulación ética, humanística y profesional en esta fase tiene como meta que los alumnos identifiquen a los profesores que son modelos a seguir en cuanto a ética, humanismo y profesionalismo. El trabajo en equipo, el aprendizaje colaborativo, tutoría entre pares y el aprendizaje basado en problemas, asimismo, son formas de trabajo que se proponen para que los

⁴ Anatomía, Embriología Humana, Bioquímica y Biología Molecular, Biología Celular e Histología Médica, Farmacología, Fisiología, Inmunología, Microbiología y Parasitología, Integración Básico–Clínica I y II, Introducción a la Cirugía, Informática Biomédica I y II, Introducción a la Salud Mental, Salud Pública y Comunidad, Promoción de la Salud en el Ciclo de la Vida.

estudiantes vayan adquiriendo una mentalidad de responsabilidad compartida. En esta fase también se imparte una introducción de los fenómenos psicosociales que se desenvuelven alrededor de la relación médico-paciente en la asignatura de Introducción a la Salud Mental; mientras que en la asignatura de Salud Pública y Comunidad se fomenta que los estudiantes comiencen a formar una opinión crítica con una perspectiva socioeconómica de los problemas de salud (UNAM, 2009).

El estudiante debe cumplir con el perfil intermedio I una vez que estos dos años concluyen. Este perfil construido en las ocho competencias centrales del plan de estudios; el plan señala un nivel de desarrollo para cada competencia.

Fase 2: Ciclos clínicos

La segunda fase, que abarca los semestres quinto al noveno, es en donde el alumno aprende lo necesario para la práctica de medicina general en ambientes reales. La fase dos tiene dos momentos: el quinto semestre es uno “preclínico”, con cuatro asignaturas matutinas y una vespertina,⁵ mientras que del sexto al noveno semestre las asignaturas se organizan en rotaciones por los servicios en hospitales de la ciudad: cuatro rotaciones matutinas y seis rotaciones vespertinas.⁶ El contenido temático de cada rotación centra a los estudiantes en las afecciones patológicas de las especialidades médicas. Es decir, estas rotaciones equivalen a que los estudiantes asistan a observar y a aplicar las habilidades adquiridas en los hospitales en los diferentes servicios de especialidad como son Cardiología, Dermatología, Otorrinolaringología, Ginecología y Obstetricia, entre otros.

Es importante mencionar que, debido a que los ciclos clínicos se realizan en sedes hospitalarias reales, la Secretaría de Salud comienza a regular a partir de este punto, las actividades de los estudiantes en ellas. La regulación se encuentra en la Norma Oficial Mexicana (NOM), que establece particularmente, para esta fase, el número de alumnos permitido para determinadas actividades (Diario Oficial de la Federación, 2005).

⁵ Imagenología, Laboratorio Clínico, Propedéutica Médica y Fisiopatología, Medicina Psicológica y Comunicación, Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias.

⁶ Anatomía Patológica I y II, Cardiología, Neumología, Otorrinolaringología, Urología, Psiquiatría, Nefrología, Hematología, Farmacología Terapéutica, Integración Clínico-Básica I y II, Gastroenterología, Endocrinología, Dermatología, Neurología, Oftalmología, Antropología Médica e Interculturalidad, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Rehabilitación, Bioética Médica y Profesionalismo, Ambiente, Trabajo y Salud, Historia y Filosofía de la Medicina, Cirugía y Urgencias Médicas, Ortopedia y Traumatología, Medicina Legal, Geriatria, Infectología, Algología, Reumatología.

El funcionamiento de los ejes de esta fase procede como se describe a continuación. El eje de integración biomédica–sociomédica–clínica se fortalece a través de proporcionar a los alumnos espacios para comprender y aplicar los conocimientos biomédicos, sociomédicos y clínicos. Estos espacios clínicos reales tienen la meta de desarrollar el razonamiento clínico y juicio crítico de los estudiantes. El eje de Vinculación Medicina, Información y Tecnología en la segunda fase se continúa recorriendo a través de utilizar sus habilidades en informática con un enfoque más clínico; a través de que el estudiante sea capaz de “identificar datos de diversas fuentes y estudios clínicos y paraclínicos para la obtención de resultados confiables, oportunos y útiles en el diagnóstico clínico” (UNAM 2009, p. 54). El eje de Articulación Ética, Humanística y Profesional se promueve mediante tres asignaturas. La asignatura Epidemiología Clínica y Medicina Basada en Evidencias, ya que ésta considera que el estudiante debe “analizar la calidad de atención médica, los derechos y obligaciones de los médicos, los derechos y deberes de los pacientes y la comunicación efectiva de la evidencia científica al personal de salud y a la sociedad” (*idem*, p. 55). Asimismo, la asignatura de Bioética Médica y Profesionalismo tiene como objetivo que los estudiantes construyan una base humanista en sus relaciones con los pacientes una vez que sean médicos. La tercera asignatura es Medicina Legal, en donde se habla de los delitos frecuentes, la medicina forense, y la tanatología como parte de la responsabilidad médico–legal que implica ejercer medicina (*idem*).

El estudiante debe cumplir con el perfil intermedio II una vez que haya cursado estos cinco semestres. Al igual que el Perfil Intermedio I, está construido en las ocho competencias centrales del plan de estudios; el cual designa un nivel de desarrollo para cada competencia.

Fase 3: Internado Médico de Pregrado

Esta fase corresponde al décimo y onceavo semestres; consiste en el Internado Médico de Pregrado, un año durante el cual el alumno rota en los servicios de Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Urgencias y Medicina Familiar. A lo largo de estas rotaciones, el alumno se integra a las actividades del hospital ya no como estudiante, sino como parte del equipo de salud de las instituciones de atención médica. Por lo mismo, las actividades que el estudiante realiza durante este año están también reguladas por la NOM-234-SSA1-2003. La NOM en este punto estipula particularmente la duración de la jornada de las guardias, su frecuencia, y la prohibición de éstas como castigos.

Este es el año en el que el ahora interno integra y aplica los conocimientos adquiridos en las fases anteriores bajo la supervisión de profesores. El currículo describe que a estas rotaciones se le agregan las actividades clínicas complementarias, o sea, guardias, definidas como aquella que “se realiza después de los horarios escolares sin valor crediticio e incrementa el número de horas de formación curricular”, pero que le van a permitir al alumno tener más experiencias para construir su conocimiento.

La operación de los ejes propuestos a partir del internado deja de ser descrita en el plan de estudios; el plan describe que tanto en la tercera como en la cuarta fase, el escenario educativo se realiza con los pacientes. Durante el internado, la actividad académica, aunque es en escenarios reales, siempre va supervisada. En el plan de estudios se establece que “esta actividad académico-asistencial cotidiana es el mecanismo por excelencia que concreta la integración, vinculación y articulación de las áreas de conocimiento que proponen los ejes para el logro de las competencias” (UNAM 2009, p. 55).

Fase 4: Servicio social

Los últimos dos semestres de la licenciatura son aquellos correspondientes al servicio social, que cumple con la Ley Reglamentaria del Artículo 5º constitucional. El currículo plantea que en este año, el médico ya egresado, y ahora pasante, proporciona atención en tres niveles: individual, familiar y comunitario. Paralelas a las actividades complementarias del internado, en el servicio social también se plantean las actividades clínicas sociales complementarias, que requieren del médico horas posteriores a los “horarios escolares”.

Durante el servicio social, los ejes operan bajo la misma justificación dada para el internado; se realiza en escenarios reales; sin embargo, entre el servicio social y el internado se presenta el examen profesional. Bajo el aval de haber aprobado éste, el médico pasante realiza sus actividades sin necesidad de un supervisor directo. Una vez cubierto el servicio social, el estudiante ha concluido su trayectoria de licenciatura, por lo que se espera que cumpla con las características del perfil profesional, que el Plan de Estudios 2010 describe como:

Ejercerá en los primeros niveles de atención del Sistema Nacional de Salud: centros de salud, Unidades de Medicina Familiar (UMF) y consultorios privados. Servirá integrando las ciencias biomédicas, clínicas y sociomédicas para proporcionar una atención adecuada; resolverá la mayoría de los principales problemas de salud en pacientes ambulatorios, se mostrará en constante búsqueda de

actualizar su conocimiento y también realizará actividades de docencia e investigación que a la larga posibilitarán su formación de posgrado.

Asignaturas optativas

Las asignaturas optativas están planteadas como aquellas que van a abonar contenidos que complementan a los contenidos de las obligatorias. El plan de estudios señala:

[Las asignaturas optativas] promueven [...] el fortalecimiento de conceptos necesarios para la comprensión y aprendizaje significativo de las asignaturas obligatorias; la inserción y desenvolvimiento personal del estudiante en los nuevos escenarios de aprendizaje del nivel licenciatura y paralelamente su maduración psicopedagógica y la reafirmación de su orientación vocacional (UNAM 2009, p. 56).

El estudiante es libre de elegir la optativa que más se apegue a sus intereses y estilos de aprendizaje. Las optativas están agrupadas en ocho diferentes contenidos temáticos: Aportaciones de las Ciencias Sociales, Arte y Cultura, Avances Biomédicos, Desafíos Éticos de la Sociedad Actual, Desarrollo de las Ciencias de la Complejidad, Investigación Médica, Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación, y Progresos de la Clínica. Sin embargo, estas áreas de las optativas no contienen el mismo número de asignaturas optativas, es decir, hay áreas que tienen más opciones que otras. En la Tabla 1, reproducción de una del plan de estudios, se exponen a detalle los nombres de todas las optativas que se ofertan.

Tabla 1. Optativas por área	
Área	Asignatura Optativa
Aportaciones de las Ciencias Sociales	Enseñanza y aprendizaje de la Medicina
	México Nación Multicultural
	Solución a los problemas de la relación Médico-Paciente
	La alimentación humana desde la perspectiva multicultural
Arte y Cultura	El arte contemporáneo en el desarrollo de la capacidad de observación e interpretación
	La música y su vinculación con la medicina
	Sexualidad y cultura
	Aportaciones de las medicinas tradicionales
Avances Biomédicos	Células CD-4 e inmunidad
	Aspectos clínicos del desarrollo de células sanguíneas
	Regulación neurofisiológica de la conducta alimentaria
Desafíos Éticos de la Sociedad Actual	La eutanasia en los pacientes terminales
	Los conflictos éticos más frecuentes en la relación médico-paciente
Investigación Médica	Transducción de señales hormonales
	Regulación neurofisiológica de la nutrición
	Aportes de Investigaciones experimentales y no experimentales
Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación	Información en la Web 2.0
	Desarrollo de Redes Sociales, <i>Blogs</i> , <i>Wikis</i> y <i>Folcsonomías</i>
Progresos de la Clínica	Innovación en la terapia oncológica
	Atención a urgencias y desastres
	Manejo del alcoholismo
	Anatomía de superficie aplicada a la clínica y a la cirugía
	Patología clínica: indicaciones e interpretación de exámenes de laboratorio
	Valoraciones en la estimación del desarrollo infantil

Fuente: Reproducción de tabla encontrada en UNAM (2009, p. 58).

Formas de evaluación

El plan de estudios propone que el cambio a la enseñanza orientada a las competencias es un reto. Sin embargo, plantea varias maneras de hacerle frente, entre ellas, la organización de grupos multidisciplinarios de tutores para reunirse con alumnos y discutir casos clínicos y promover las articulaciones básico-clínica y clínica-básica; así como la promoción del

aprendizaje colaborativo con un enfoque constructivista y transferir gradualmente el control del proceso formativo hacia el alumno.

Como es de esperarse, al haber cambiado el enfoque, el plan de estudios busca nuevas formas de evaluar las competencias en las que ahora centra su currículo e ir más allá de la evaluación de conocimientos aprendidos de memoria; proponen que se usen “simuladores informáticos, robots, pacientes simulados, portafolios, evaluación de 360°” (UNAM, 2009, p. 74). El avance de los alumnos es evaluado, según el plan de estudios, a través de exámenes parciales, prácticas, proyectos y actividades que son desarrollados por cada departamento de la Facultad de manera independiente. Se propone que el avance de la formación de los perfiles intermedios se evalúe a través de instrumentos realizados en equipo por cada departamento al revisar los objetivos de cada perfil. Se plantea que si un alumno no cumple con las competencias deseadas para su perfil, se pueda integrar a un programa de apoyo para lograrlas.

Formas de titulación

Para obtener el título, el estudiante tiene cuatro opciones: por actividad de investigación publicada en una revista indexada; por alto rendimiento académico y totalidad de créditos;⁷ por examen general de conocimientos; o por actividad de posgrado.⁸ Según el informe de actividades 2012-2015, la opción de titulación por examen general de conocimientos es la más socorrida (UNAM, 2015). Además de estas modalidades de titulación, es indispensable que, sin importar la opción elegida, el estudiante presente un examen práctico. Este examen puede ser en dos modalidades: la modalidad ante paciente real (APR), en donde un comité de sinodales evalúa al estudiante mientras explora y diagnostica a un paciente en un escenario real, o bien, en la modalidad de examen clínico objetivo estructurado (ECO), en donde en diferentes situaciones simuladas se evalúan las competencias del plan de estudios.

1.3. Otras consideraciones importantes

En esta sección, busco describir una serie de consideraciones importantes para el estudio completo del sistema de formación médica para el objetivo de este trabajo. El mecanismo de inscripciones, los horarios, las sedes hospitalarias, la oferta de optativas, los espacios de

⁷ Con un mínimo de 9.50 de promedio final

⁸ Actividad de posgrado no médica en una especialidad o maestría de la UNAM

convivencia dentro de la facultad, así como los programas extracurriculares que ofrece son los temas que abordo aquí, basado en informes de actividades de la Facultad de Medicina recientes, así como la exploración de la página web de la misma.

El orden de inscripción de los estudiantes cada que se comienza un nuevo ciclo escolar se basa en los promedios académicos de los alumnos (UNAM, 2014).⁹ Es decir, mientras mejor promedio tenga el alumno, más arriba en la lista del orden de inscripciones estará, por lo cual tendrá mejores posibilidades de elegir un grupo de su preferencia. Esto sucede desde el primer semestre, en donde el orden de inscripción depende de su desempeño en el examen diagnóstico aplicado, que es un examen similar al examen de selección de ingreso por concurso de selección. Las listas de orden de inscripción son publicadas en el portal Web de la Facultad, en donde la información del promedio frecuentemente está pareada no únicamente con el número de cuenta, sino también con los nombres de los alumnos. En años más recientes el sistema se ha vuelto más privado, otorgando una clave para que el alumno consulte de forma personal la hora en que le corresponde inscribirse. Existen hasta 48 grupos diferentes en el primer año para elegir, tanto de turnos matutinos que comienzan a las 7 de la mañana y terminan alrededor de las 3 o 4 de la tarde; vespertinos que comienzan alrededor de las 2 de la tarde y terminan a las 9 de la noche; mixtos, e incluso algunos que incluyen clases sabatinas (UNAM, 2016).

Una vez terminados los ciclos básicos, las opciones de sedes se extienden a instancias del IMSS, ISSSTE y de la Secretaría de Salud de toda la República Mexicana, además de las opciones en las instituciones en la zona metropolitana. Sedes ejemplo para el internado dentro de la Ciudad de México son el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, el Hospital General de México, ambas instancias de segundo nivel de atención, y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, institución de tercer nivel de atención. También existen sedes para aquellos que quieren salir de Ciudad de México: entre otras hay plazas en Ensenada, Cancún y San Luis Potosí. Los médicos internos de pregrado se distribuyen en estas plazas de forma centralizada, un 80% se queda en el área metropolitana mientras que el 20% se va a otros estados de la república (UNAM, 2015).

Para el año de servicio social sucede lo mismo, aunque ya depende más del interés de cada estudiante. Aunque el plan de estudios plantea que el servicio social es una forma de culminar el aprendizaje clínico del estudiante, existe la modalidad de hacer el servicio en

⁹ Se hace referencia a una las listas de orden de atención para la inscripción.

investigación en Ciudad de México en diferentes sedes, en servicios más administrativos de vinculación y además de la opción de hacer un servicio social clínico en diferentes centros de salud que incluyen áreas rurales del país (*idem*). Las plazas para el servicio en el área rural son la mayoría, ofreciendo alrededor de 500 plazas¹⁰ para los pasantes en 17 entidades federativas diferentes, al igual que para vinculación, investigación o algún otro programa universitario en el área metropolitana (alrededor de 500 en total) (UNAM, 2015).¹¹

Las formas de evaluación planteadas en el documento del plan de estudios intentan orientar y encontrar una nueva forma para evaluar las competencias de los estudiantes. Para esto, se implementó el Centro de Evaluación Automatizado Tlatelolco (*idem*), un centro en donde se garantiza una evaluación de calidad con tecnologías actualizadas para la aplicación electrónica de las pruebas. Inicialmente, el avance del estudiante se determinaba a través de valoraciones determinadas por cada profesor de asignatura, promediado con una evaluación elaborada por cada departamento cada dos meses, conocidas comúnmente como los exámenes departamentales. Los exámenes departamentales normalmente combinan casos clínicos y preguntas teóricas para la evaluación de los conocimientos. Sin embargo, la permanencia de estos exámenes ha sido problemática en el nuevo currículo, por lo que existen generaciones a partir de su implementación que no los han presentado.

Una competencia destacada en el plan de estudios como central es la llamada “Desarrollo y crecimiento personal”. Dado que en el currículo descrito previamente no hay una asignatura que se enfoque a esta competencia, se investigó otros recursos que ofrece la Facultad de Medicina para los estudiantes que podría fomentar esta competencia. En el informe de actividades de los últimos diez años, se afirma que la facultad promueve actividades para los estudiantes incluso antes de su ingreso se describen a continuación.

Para aquellos que aspiran a entrar, se ofrecen visitas guiadas y un trabajo en conjunto con la Dirección General de Orientación y Atención Estudiantil (DGOAE) de la UNAM para proporcionar mayor información y orientación acerca de la licenciatura. Además, también se ha implementado el programa Jóvenes hacia la Investigación en el bachillerato, un programa que permite que alumnos de las ENP y los CCH tengan un contacto inicial con las actividades de

¹⁰ En 2015 se reportaron 464 pasantes inscritos en un servicio en una entidad clínica y área rural, en 2014, 507, en 2013, 452 y en 2012, 580 (UNAM, 2015).

¹¹ En 2015 se reportaron 33 pasantes inscritos en el servicio en investigación, 262 en servicios de vinculación y 241 en programas universitarios (por ejemplo, docente adjunto); las cifras de los años anteriores son similares. (UNAM, 2015)

investigación de la facultad y la licenciatura. Una vez que han ingresado, los estudiantes pueden encontrar apoyo psicoeducativo en el Plan de Apoyo Integral para el Desempeño Escolar de los Alumnos, en donde aquellos alumnos que requieran de atención a problemas con relación a trayectorias escolares, rendimiento académico y titulación puedan encontrarlo, por medio de consolidar un programa de tutorías, en donde un docente se le asigna a un estudiante para orientarlo a lo largo de su trayectoria académica. Este plan se implementó a partir del año 2014. Para los estudiantes de la primera fase del plan, también existe el Programa de Fomento a la Actividad Educativa, que consiste en cursos de capacitación durante los periodos intersemestrales para ser instructores de las asignaturas de los ciclos básicos, es decir, asistir a los profesores titulares en actividades de docencia. Asimismo, se plantea que a través de las actividades en el Centro de Enseñanza y Certificación de Aptitudes Médicas (CECAM) se fortalezcan las destrezas y aptitudes médicas de los estudiantes; el CECAM ofrece prácticas con simuladores de exploración de diferentes especialidades como ginecología y oftalmología, además de réplicas de partes del cuerpo para practicar toma de presión arterial, inyecciones, entre otras (UNAM, 2015).

El Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA), establecido en 1991 y vigente hasta la actualidad, es un programa dirigido “al desarrollo de metodologías de enseñanza-aprendizaje que promuevan la formación de médicos con alta calidad académica capacitados en la resolución eficaz y eficiente de los problemas de salud de la población que contribuyan al desarrollo científico, tecnológico, social y cultural del país” (*idem*, p. 37). Este programa exige que el alumno que desee ingresar tenga un promedio igual o mayor a 8.50, aprobar un examen psicométrico y una entrevista personalizada. Este programa se compone de alrededor de 100 alumnos por generación para cursar la licenciatura en grupos únicamente designados para el programa; grupos que se mantienen hasta alcanzar el año del internado, en donde los alumnos se integran al resto de su generación. Para mantenerse en los grupos PAEA, los alumnos deben mantener un promedio de 8.5 a lo largo de su trayectoria académica y cumplir con las actividades extracurriculares designadas: asignaturas como Estadística Básica, Intermedia, Metodología de la Investigación y Diseños epidemiológicos durante los primeros dos años (*idem*).

Se ofrece también un programa institucional de inglés para ayudar a los alumnos a continuar con el aprendizaje del idioma a través de cursos que mejoren su lectura y comprensión de textos médicos en esa lengua. Además también se ofrecen cursos semestrales y anuales para las cuatro habilidades (lectura, diálogo, escucha y escritura) para los alumnos que deseen

profundizar en él (*idem*) y cursos intensivos para quienes están por concluir la licenciatura y aun no aprueban el idioma requisito para la titulación.

La facultad también oferta a sus alumnos una serie de opciones de actividades de esparcimiento como son las deportivas y culturales. El informe de labores 2012-2015 reporta que los alumnos pueden optar por tomar alguna clase extracurricular de yoga, ajedrez o baile una o dos veces a la semana, además de las actividades propuestas bajo el programa “Viernes bajo el mural”, en donde se realizaban al aire libre eventos de música, danza, teatro y artes visuales, ofreciendo un espacio a los alumnos para exponer y desarrollar su creatividad. En este programa, en los últimos cinco años se han realizado alrededor de veinte presentaciones anuales abiertas a todo público. El club de ajedrez tiene un promedio de asistencia de quince personas incluyendo académicos, alumnos y personal administrativo, y para las clases de yoga la asistencia es en promedio de 22 alumnos (*idem*). En cuanto a deportes, los alumnos pueden optar por inscribirse en alguno de los equipos representativos¹² de la facultad.

1.4. Problematizando: currículo formal, real y oculto

Hasta ahora he presentado la información relevante documentada de la formación del estudiante de medicina. Aunque no es el objetivo de este trabajo hacer una evaluación del currículo educativo del médico como tal; si busco hacer de la formación del estudiante de medicina el objeto de estudio de este trabajo, resulta un poco reduccionista únicamente mirar el plan de estudios establecido institucionalmente y concretado en un documento, sin observar otros fenómenos que rodean a la formación del médico. Como es planteado por Casarini Ratto (2013) y Díaz Barriga (2015), quienes condensan el trabajo de diferentes teóricos del desarrollo curricular, al hacer un análisis de un currículo educativo, se debe profundizar en las tres subdivisiones del currículum vigente: el formal, el real y el oculto.

Según Casarini Ratto (2013), el currículo formal es aquel que comprende, en un documento, los objetivos establecidos de aprendizaje, junto con las metodologías enseñanza aprendizaje; los contenidos del plan de estudios; y las evaluaciones sugeridas para alcanzar dichos objetivos. El currículo real es aquél que considera también los procesos que suceden en el aula, como son las estrategias utilizadas por los maestros, así como la evaluación de los procesos

¹² Equipos de fútbol soccer, americano, baloncesto, natación o deportes individuales como Tae Kwon Do (UNAM, 2015).

de aprendizaje (*idem*, 2013). El currículo real, en otras palabras, es la forma en la que el currículo formal se materializa. Finalmente, como fue descrito por Phillip Jackson en la década de los 60 y retomado por diferentes autores posteriormente, el currículo oculto son los aprendizajes que no se explicitan ni son intencionales en el plan de estudios, pero que se dan como resultado de la experiencia (Díaz Barriga, 2015).

Podría decirse entonces, que tomando esta propuesta en cuenta, lo que se persigue en el presente trabajo es alumbrar los fenómenos que abarcan al currículo real y al currículo oculto en la formación médica, para identificar los procesos a los que están sujetos los alumnos. Sin embargo, busco una aproximación a ellos desde la teoría del habitus de Pierre Bourdieu, que explico en el capítulo siguiente.

Capítulo 2: Revisión de la teoría de Pierre Bourdieu

Para explicar la elección de la teoría de Bourdieu para el análisis de la problemática planteada en este trabajo, hemos de acercarnos tanto a ella como al intelectual de su autoría, con el fin de contextualizarlo y comprender mejor sus ideas. Esta sección tiene precisamente ese objetivo.

2.1. Antecedentes: el contexto sociohistórico de Bourdieu

Filósofo, sociólogo, antropólogo y etnólogo, el autor Pierre Bourdieu es uno de los intelectuales más influyentes del siglo XX en Francia (Jiménez, 2015). Sus obras, que versan de temas desde el consumo de la cultura, la televisión, la construcción de la opinión pública, la educación, la universidad, el género, y la economía (“Homenaje a Pierre Bourdieu”, 2002), han sido receptoras de tanto críticas como ovaciones. Bourdieu se dedicó a intentar explicar el funcionamiento del mundo social en todos los temas que abordó; formulando, a partir de sus observaciones y quehacer práctico, diferentes proposiciones teóricas que intentaran re-unir las explicaciones que escindían lo individual de lo social que resultaban en miradas unidisciplinarias a los fenómenos sociales. Su trabajo, como resultado, atravesó diferentes disciplinas, “desafiando las reglas convencionales que dividen a las ciencias sociales en compartimentos desconectados” (*idem*).

Bourdieu nació en Denguin, Francia, una comuna al suroeste del país en la región de Aquitania, a 800 kilómetros de París, ciudad a la que finalmente arribó al ingresar al bachillerato y en donde continuó posteriormente sus estudios. El ambiente intelectual de su juventud se vio influenciado por el existencialismo de Jean Paul Sartre, el estructuralismo de Claude Lévi Strauss, y el crítico del método de la construcción de conceptos, Gaston Bachelard, (*idem*). Pensadores de gran escala como Émile Durkheim, Max Weber y Karl Marx tuvieron una fuerte influencia en el desarrollo de sus trabajos, como se podrá notar más adelante en este capítulo. Bourdieu resultó un intelectual de suma importancia en el mundo académico francés, involucrado en luchas contra el neoliberalismo, participando en seminarios y en conferencias a nivel mundial hasta sus últimos años de vida.

En América Latina, el trabajo de Bourdieu se conoció poco y de manera paulatina por la barrera de la traducción de sus trabajos al castellano. Además, las polémicas de lo que proponía,

como en *Los herederos, los estudiantes y la cultura*, hacían que sus obras, inclusive dentro de Francia, circularan muy poco (“Homenaje a Pierre Bourdieu”, 2002). Bourdieu criticó fuertemente en varias obras como ésta a la educación pública, opinando que no era el lugar en donde se podían diluir las desigualdades sociales como se abogaba a nivel teórico, sino que era un instrumento a través del cual se perpetuaban las mismas y se reforzaba el orden social. La lectura de su obra fue malentendida por mucho tiempo, tachándolo como un estructuralista puro que ignoraba la acción de los individuos; críticas reduccionistas que desconocían las proposiciones innovadoras de su teoría como fue el concepto de habitus. En la editorial del especial a Pierre Bourdieu de la *Colección Pedagógica Universitaria*¹³ señalan,

Mientras Bourdieu proporcionaba un esquema de interpretación de la dominación en las sociedades modernas a partir de la teoría de los campos, donde en cada campo se establecen relaciones específicas de dominación, la lectura latinoamericana predominante [...] [redujo] la propuesta de Bourdieu a una vieja y anticuada variante del marxismo tradicional (*idem*).

No obstante, el trabajo presente busca retomar precisamente la esencia de la obra de Bourdieu: la conexión de lo previamente disgregado entre la acción individual y la estructura y el funcionamiento social, aplicándolo a un análisis de una situación particular observada: aquella de la condición de los estudiantes de medicina en México. Como apunta Jiménez en la introducción de su pequeña compilación de obras del sociólogo francés, Bourdieu hacía énfasis en que, para poder comprender la lógica del mundo social, había que profundizar “en la particularidad de una realidad empírica situada y fechada” (Jiménez, 2015, p. 10). Justamente se busca lograr ese análisis de la particularidad de la problemática planteada en este trabajo.

2.2. Una mirada general a la teoría

Como ya se estableció, el que el trabajo de Bourdieu sea tan amplio y abarque tantas esferas del mundo social, vuelve un poco difícil su análisis y su condensación. Intentar hacer un resumen de su obra multifacética excedería por mucho los alcances del presente trabajo, sin embargo, en esta introducción pretendo acercar al lector a los elementos clave que uso en el análisis de la problemática planteada. Esta revisión se enfocará en explicar los conceptos propuestos por Bourdieu de capital, espacio y campo social y finalmente el concepto de habitus. De esta forma se buscará aplicar todos éstos a la situación de los estudiantes de medicina.

¹³ Revista del Instituto de Investigaciones en Educación de la Universidad Veracruzana.

En general, Bourdieu, a partir de la totalidad de sus estudios, intenta hacer una descripción de la función y estructura de la sociedad –en particular, de la que él dice conocer mejor por pertenecer a ella, la francesa– y de cómo ésta se reproduce. Es decir, hacer una esquematización de la sociedad. A cierta distancia y con esta explicación escueta de su labor, es fácil entender por qué las personas malentendían su empresa y lo criticaban por ignorar el factor individual. Pero no es así; evidentemente, es reduccionista intentar explicar en un párrafo lo que Bourdieu quiso explicar a lo largo de todo su trabajo intelectual y, por lo tanto, es fácil perder de vista los elementos clave para su trabajo.

Lo que propone en su descripción, influido por varios intelectuales como Weber, Durkheim e, inclusive, Sartre es que el funcionamiento del mundo social se da a partir de que éste se configura como un espacio compuesto por diferentes posiciones de agentes y grupos relacionadas entre sí; los agentes pueden o no estar insertos en campos sociales dentro del espacio social. Estas posiciones están dadas porque los agentes cuentan con recursos. Bourdieu propone que los agentes “juegan” a invertir estos recursos para poder movilizarse dentro del espacio; si están dentro de un campo, ese campo será un juego que tendrá sus propias reglas y funcionamiento interno que puede describirse como una lucha de los agentes por poder ocupar mejores posiciones dentro del campo.

Cada posición en un campo confiere a los agentes (aunque no de forma directa y tan determinista como parece) una disposición a la acción y una serie de prácticas –elecciones y formas de vida– que se aprenden a partir de su inculcación e incorporación. Al final, esta serie de prácticas, posiciones y disposiciones en los espacios dados generan una reproducción o una transformación de la sociedad que componen, dependiendo de lo que suceda dentro de éstas y de como interactúan entre sí. Aunque en esta explicación general parecería entenderse un ciclo estructural, el proceso de cada uno de estos elementos es dinámico y se explicará a profundidad posteriormente.

Como podrá apreciarse a lo largo de este capítulo, separar conceptualmente la teoría de Bourdieu es difícil porque todos los términos están entretnejidos, es difícil identificar dónde comienza uno y termina el otro; sin embargo, intenté hacerlo así para establecer las bases del análisis que se hace más adelante en este proyecto.

2.3. Los capitales de Bourdieu: más allá del economicismo que mueve al mundo social

A lo largo de los diferentes trabajos de Bourdieu, encontramos que utiliza en ellos términos comunes a la economía. Sin embargo, el sociólogo francés, como lo aclara en su obra con Waqquant en 2005, no pretendía hacer de su teoría social una analogía con las ciencias económicas al estilo de Gary Becker con el comportamiento humano. Bourdieu dice sólo compartir el léxico, mas no los usos que la economía ortodoxa les da. A partir de esta consideración, se deben revisar los términos que usaron y el significado que él les dio para construir su teoría.

En el espacio social y los diferentes campos que lo componen, se mueven diferentes tipos de recursos, recursos que le confieren especificidades a cada uno de ellos (Giménez, 2002). Bourdieu decide llamar a estos recursos, capitales, retomando a Marx, ya que los concibe como los recursos por medio de los cuales los agentes que operan los campos y ocupan el espacio social para poder entrar en el juego –metáfora planteada en la teoría social de Bourdieu– y además hacer jugadas. Los recursos, por lo tanto, pasan por una valoración para que los individuos en el juego puedan obtener beneficios. De esta forma, el campo se vuelve un mercado de capitales económicos, culturales y sociales (*idem*).

Además, Bourdieu insiste que si se entiende al mundo social como la historia acumulada, se debe reinsertar la idea de capital, así como comprender que éste se acumula y que dicha acumulación tiene efectos en el mundo social (Bourdieu, 1986). De igual forma, critica el entendimiento del capital en el economicismo como únicamente un elemento monetario, considerándolo reduccionista y que inclusive protege y enmascara prácticas las burguesas como desinteresadas, cuando en realidad deben estar consideradas como capital por mover al mundo social. Bourdieu (1986, p. 241) señala:

El capital, que en su forma objetivada o encarnada, toma tiempo para acumularse y que, como una capacidad potencial para producir beneficio y reproducirse en una forma idéntica o expandida, contiene una tendencia a persistir en su ser, es una fuerza inscrita en la objetividad de las cosas para que todo no sea igualmente posible o imposible.

Es decir, esta acumulación del capital, en todas sus formas posibles –más allá del capital económico– desequilibra las “oportunidades” de los agentes para transitar el mundo social. Consecuentemente, es necesario entender las diferentes naturalezas del capital, así como concebir que un tipo de capital puede convertirse en otro tipo de capital, si pretendemos entender la forma

en que el mundo social se estructura y funciona. Bourdieu (1986) establece que una ciencia económica general debería enfocarse en entender estas leyes de transformación.

Por esta razón, Bourdieu (1986) propone que el capital se entienda como capital económico, capital cultural y capital social; todos ellos pueden tener una forma objetivada, encarnada e institucionalizada. El capital económico se convierte directamente en dinero y se institucionaliza en derechos de propiedad; el capital cultural se puede convertir en algunas condiciones en capital económico y se puede institucionalizar en diplomas escolares y universitarios (Bourdieu, 1986; Giménez, 2002); y, finalmente, el capital social, concebido como las “conexiones sociales” que, así como el capital cultural, puede transformarse en capital económico y puede institucionalizarse en elementos como títulos de nobleza. A estos tres tipos de capital se les debe añadir el capital simbólico del que habla Bourdieu. No se considera un cuarto tipo de capital, ya que cualquiera de los otros tres puede funcionar como capital simbólico. El capital simbólico es la forma que uno de estos capitales adopta cuando son entendidos como “categorías de percepción que reconocen su lógica específica o [...] que desconocen la arbitrariedad de su posesión y acumulación” (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 178). Giménez (2002) describe el capital simbólico de Bourdieu como aquellos elementos del agente que podrían parecer inherentes a él: prestigio, reputación, fama... Estas propiedades sólo las puede tener el agente mientras los otros agentes las reconozcan en él; “son formas de crédito otorgadas a unos agentes por otros agentes” (*idem*, p. 8), sin identificar la lógica bajo las cuales se les otorgan.

A continuación explico más a fondo las justificaciones de Bourdieu para proponer el capital cultural y el capital social y cómo pueden equivaler a capital económico.

Capital cultural

Inicialmente, Bourdieu pensó en el capital cultural buscando una explicación de la inequidad en los logros académicos de niños que provenían de clases sociales distintas (Bourdieu, 1986), al identificar que, en estudios previos de perspectivas economicistas acerca de los beneficios económicos de un buen rendimiento académico a nivel social, se dejaba de lado una “inversión” oculta pero muy determinante: la transmisión del capital cultural en casa. Bourdieu distingue que el capital cultural se puede encontrar en tres formas: encarnado, objetivado e institucionalizado.

Según Bourdieu (1986), el capital cultural en su estado encarnado es aquél que se conoce en forma de lo que conocemos como “cultura”. Requiere de tiempo para aquél que busque acumular este capital, no puede simplemente pasar de mano en mano como una propiedad. Es decir, este tipo de capital forzosamente requiere que la persona invierta tiempo para cultivarlo y acumularlo; requiere de un tipo de sacrificio para poder obtenerlo. Además, el capital cultural tiene una relación íntima con la capacidad biológica de su portador, más específicamente, de su vida y su memoria. Este tipo de capital combina el prestigio de la propiedad obtenida por nacimiento con los méritos de la adquisición de cierto capital ya que está sujeto a una transmisión hereditaria oculta. Por esto mismo, este tipo de capital funciona como capital simbólico, es decir, se confunde como una competencia legítima en lugar de capital, debido a que las condiciones sociales en las que se transmite se enmascaran más.

Poseer una cantidad grande de capital cultural asegura que su portador tenga ganancias tanto materiales como culturales en una sociedad dividida en clases, ya que aumenta su valor entre aquellos que no tienen este mismo capital (Bourdieu, 1986). Por ejemplo, hablar un segundo idioma en un lugar en donde la mayoría de las personas solamente hablan uno es un tipo de capital cultural encarnado, capital que mejora la posición dentro del campo de la persona. Esta posición le confiere más beneficios tanto materiales como simbólicos a la persona bilingüe, como oportunidades laborales que se traducen en capital económico, así como el reconocimiento de quienes lo rodean por hablar otro idioma. Esto sólo sucede en sociedades en donde no todos los agentes tienen la capacidad económica y cultural de prolongar la educación de sus hijos (*idem*), que representa un límite a la transmisión de capital cultural. Padres que no pueden mantener a sus hijos más allá de la secundaria por necesidades económicas serían una ejemplificación de este caso. Lo que Bourdieu (1986) señala es que, en una sociedad no tan desigual, la cultura encarnada no juega un papel de capital cultural porque las oportunidades de obtenerla y acceder a ella son parecidas para todos.

En definitiva, la lógica de la transmisión del capital cultural encarnado lo vuelve muy poderoso (*idem*). Por ejemplo, en una familia con mucho capital cultural, el simple proceso de socialización de sus hijos equivale al proceso de acumulación de dicho capital. Al ser la mejor forma de enmascarar la transmisión de capital, Bourdieu (1986) propone que es el tipo de capital que pesa más en el sistema de reproducción de estrategias, ya que aquellos que no están disfrazados se censuran y controlan con más facilidad.

El capital cultural objetivado se refiere por su parte a los elementos como escritos, pinturas, monumentos, instrumentos: es decir, bienes culturales. Este tipo de capital sí es transmisible de “mano a mano” en lo material, pero no en su apropiación al saber consumirlo, que es más bien cultural encarnado (Bourdieu, 1986). Ejemplificando este tipo de capital y su transmisión, podríamos pensar en una familia que posee un cuadro original de un impresionista francés. Este cuadro es heredable a través de testamentos. Si uno de los agentes de la familia lo hereda, puede adquirir su propiedad en dos sentidos, en el valor económico del cuadro o en el valor cultural de saber apreciar el contexto de su pintor y la importancia histórica del mismo; sin embargo, el saber esto es cultura encarnada. Este tipo de capital únicamente funciona como capital efectivo siempre y cuando los agentes decidan usarlo como un interés invertible en el campo de la producción cultural y en el campo de las clases sociales.

En su estado institucionalizado, el capital cultural adquiere características especiales que vuelven más sencillo el transformarlo en capital económico. El capital cultural institucionalizado son una especie de “certificados de competencia cultural” (*idem*), que, como el capital cultural encarnado, tiene los mismos límites biológicos de la vida del agente. No obstante, al objetivar el capital cultural en competencias académicas, como títulos universitarios, le confieren a su portador un valor constante, convencional y legalmente garantizado a través de lo que Bourdieu (1986) llama “magia colectiva”: se vuelve también capital simbólico que lo posiciona de una forma particular en su campo. Estos certificados de competencias culturales vuelven la valoración de competencias de las personas comparables e intercambiables, al mismo tiempo permitiendo índices de conversión de lo cultural en valores monetarios. Sin embargo, no hay que dejar de lado que estos beneficios simbólicos y materiales dependen también de la escasez de agentes que cuenten con estas certificaciones. Esto hace que a veces, las inversiones de tiempo y esfuerzo para obtenerlas se conviertan menos “rentables” que cuando se inició el proceso de adquisición. Un ejemplo conocido y común es como, en el pasado, el estudiar una licenciatura en un campo en donde no era frecuente, le otorgaba al agente capital cultural que le garantizaba casi a un 100% la posibilidad de obtener un empleo. Si dos de estos agentes invierten en que sus hijos tengan una educación de licenciatura por garantizar la misma seguridad de acumulación de capital económico, pueden encontrarse ahora que con el paso del tiempo, mientras más personas obtienen un título de licenciatura, su valor haya disminuido, de manera que esa garantía infalible

de obtener un empleo ya no sea tan infalible, por lo que la inversión de tiempo, dinero y esfuerzo no prosperaría como se esperó en un inicio.

Capital social

El capital social, según Bourdieu (1986), sencillamente se puede entender como las credenciales que un agente tiene por el hecho de pertenecer a un grupo; hay que destacar que este tipo de capital funciona siempre como capital simbólico. Bourdieu desarrolló la noción de capital social al enfrentarse con el hecho de que los efectos sociales de “tener conexiones” son visibles cuando individuos distintos obtienen beneficios desiguales a partir de contar personalmente con un capital prácticamente similar. Es decir, hasta qué punto es cada individuo capaz de movilizar el capital de un grupo al que pertenece, que por extensión se vuelve suyo. Bajo esta lógica, la cantidad de capital social que un individuo puede llegar a tener, depende del tamaño de su red de conexiones y del volumen de capital (económico, cultural o simbólico) con el que cuenta por cada una de esas conexiones.

Bourdieu (1986) explica que los agentes no buscan activamente la pertenencia a un grupo como el lugar del cual obtendrán ganancias, pero de todos modos, los beneficios que se obtienen a partir de la pertenencia construyen la base de solidaridad que a su vez hace estos beneficios posibles. La Figura 2 representa esta idea con más claridad.

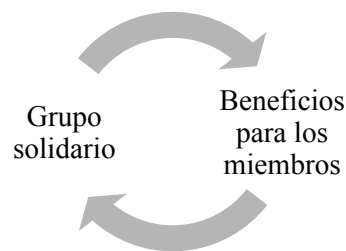


Figura 2: Los beneficios que se obtienen de pertenecer a un grupo son resultado de un grupo solidario, que a su vez es solidario por los beneficios que obtiene de él.

Fuente: Elaboración propia

¿Cómo es que se forman estas redes de conexiones? Una relación que inicia únicamente por contigüidad, como aquella de vecinos o compañeros de trabajo, según Bourdieu (1986), se puede convertir en capital social real que regrese beneficios a través de intercambios de cosas, palabras, regalos, etcétera. Los intercambios sólo pueden funcionar a través del reconocimiento mutuo del intercambio y el reconocer la pertenencia al grupo que éste implica. Cuando sucede así, el grupo se reproduce. Es decir, sin que los miembros de un grupo reconozcan las inversiones

de los otros y ofrezcan algo de vuelta, volviéndolo un intercambio mutuo, la relación no evoluciona y la pertenencia al grupo no sucede. Este proceso se explica a continuación en la Figura 3.

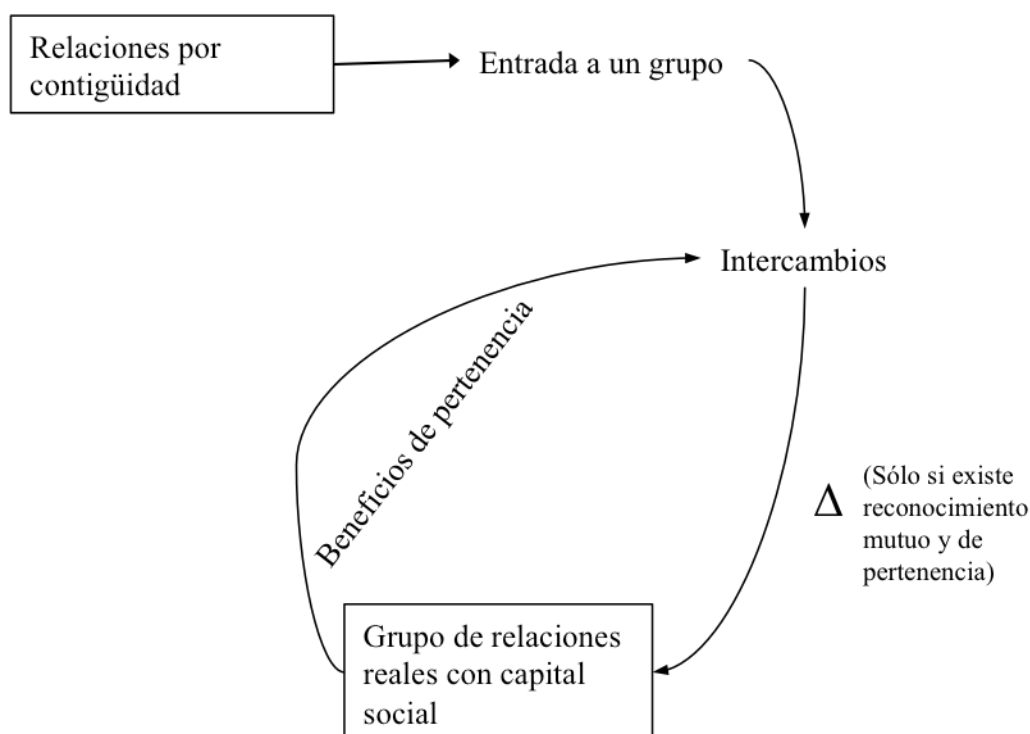


Figura 3: Explicación de cómo se transforman las relaciones por contigüidad, como la de vecinos, en relaciones reales de las cuales se puede obtener capital social, que serían los beneficios de pertenencia. El símbolo Δ representa una transformación.
Fuente: Elaboración propia

Es por esto que los miembros del grupo son los mismos que establecen y protegen los límites del grupo, ya que cada vez que un agente intenta integrarse al grupo, los límites de los intercambios legítimos se ponen en juego.

A su vez, Bourdieu (1986) explica que cada grupo tiene sus formas de organización institucionalizadas que le permiten acumular la totalidad de su capital social en las manos de un agente o un grupo pequeño de agentes para representar al grupo. Esta responsabilidad conlleva el poder hablar en nombre del grupo, pero también en defender “el honor”, como Bourdieu lo plantea, de los miembros más débiles cuando éste se encuentre en riesgo. Este representante protege al grupo exiliando a aquéllos que representan amenazas, pero puede llegar a ser paradójico porque hay casos en que el agente representante puede ejercer su poder sobre y contra el grupo. No obstante, cada miembro del grupo regula las condiciones en las que uno puede plantearse como representante. Bourdieu menciona en sus trabajos que el título de nobleza es la

forma por excelencia del capital social institucionalizado; el noble es un grupo pequeño de personas que concentra el capital social personificado.

Equivalencias entre los capitales

Al hablar de los diferentes tipos de capitales, no debemos olvidar que el capital económico es la raíz de todos los otros; el capital cultural y el social son capital económico enmascarados. Sin embargo, el capital social y el capital cultural esconden que la raíz de sus efectos es el capital económico, por lo que son una buena forma para que se reproduzcan las estructuras que los sustentan mientras sigan enmascaradas. Bourdieu (1986) lo plantea haciendo una analogía con la ley de la conservación de la materia, pero habla de la conservación de la energía social: los beneficios obtenidos de uno de los capitales representa costos en otra área, siempre considerando el esfuerzo y tiempo invertidos para dicha obtención de ganancias.

Los diferentes tipos de capital pueden distinguirse según qué tan fácil se transmiten de forma oculta. Cabe mencionar que Bourdieu (1986) señala que mientras un capital económico bien enmascarado en cultural o social, vuelve más probable su reproducción, también vuelve más probable que se pierda en la transmisión hereditaria. Clarifico esto con un ejemplo: la educación académica de una persona como capital cultural encarnado enmascara bien las raíces del capital económico que lo compone, pero, el que se encuentre tan oculto vuelve sumamente posible que, de tener herederos, el mismo capital cultural no se transmita a ellos. Lo mismo pasa con el capital social, en donde la pérdida puede darse en la falta de reconocimiento de los intercambios realizados - menoscabando el tiempo, esfuerzo y otros capitales invertidos por el agente en ellos. Particularmente, las competencias educativas como capital cultural nunca funcionan como un tipo de cambio perfecto (*idem*). Éstas no se pueden desprender por completo de quien las posee, y además, el valor de estas competencias se eleva proporcionalmente al valor de su portador¹⁴, por lo que al momento de la transmisión, el valor del capital cambia según quien lo recibe y lo reproduce.

Sin embargo, las críticas subversivas que apuntan a las reproducciones de las estrategias que estructuran el capital hace que aquellos que poseen más capital recurran a estrategias mejor disfrazadas de transmisión: a convertirlo en otro tipo de capitales, aunque pueda resultarles en una pérdida. Mientras más capital económico directamente transmitido como tal esté amenazado,

¹⁴ Es decir, a la cantidad de otros tipos de capitales con los que cuenta este agente.

más cantidad de capital cultural disfrazado habrá circulando “clandestinamente” que continuará reproduciendo la estructura social (Bourdieu, 1986), siendo el sistema educativo el instrumento por excelencia. De esta forma, aboga que a través del sistema educativo se unifica un mercado en donde las competencias sociales y académicas dan a los agentes el derecho a ocupar posiciones fuera de lo ordinarias: capital social y cultural.

2.4. Espacio y campo para Bourdieu

¿Qué es lo que hace que los capitales se acumulen de esta forma, y que funcionen como poder de acción y ventaja sobre unos agentes que no cuentan con ellos? Bourdieu propone llevar la mirada a analizar la estructura del campo y sus leyes de funcionamiento (*idem*). La idea que propone de campo es indisociable del concepto de espacio, por lo que esta sección brevemente abordará ambos, para que finalmente se pueda explicar el habitus de Bourdieu.

Como ya se dijo anteriormente, Bourdieu está inscrito en una larga tradición de otros pensadores sociales como Weber, Durkheim, Marx, Spencer, Elias, e inclusive el psicólogo Kurt Lewin, en tocar el concepto de campo. Lahire (2002) hace una extracción de las diferentes obras y artículos de Bourdieu, retomando los conceptos centrales para explicar el campo según el sociólogo francés, ya que identifica que la idea de campo ha ido deformándose poco a poco con el uso que se le ha dado. El campo se puede entender desde la perspectiva de Bourdieu como un microcosmos que está contenido dentro del espacio social, pero simultáneamente un macrocosmos específicamente nacional y global (*idem*). Como se mencionó anteriormente, Bourdieu utiliza la metáfora de juego en su teoría; cada campo entonces tiene sus propias reglas de juego, valores de apuestas e inversiones de capital. Por ejemplo, el campo de un educador de preescolar se rige por distintas reglas que aquél del campo de un ingeniero civil, por lo que sus motivaciones para actuar y moverse dentro de su campo, así como lo que necesitan para moverse dentro de ese campo, será distinto para cada uno.

¿Qué es lo que estructura al campo, para que los agentes dentro del mismo puedan moverse dentro de él? “Cada campo se compone como un sistema o un espacio estructurado de posiciones” (*idem*, p. 2) El campo, así, es un lugar en donde los agentes luchan por ocupar las posiciones de su interés, es decir, para poder obtener algún capital específico (que no se reduce únicamente al capital económico) del campo o, en su caso, poder redefinirlo (*idem*). Hay que notar que los campos tienen una característica de ser relativamente autónomos, es decir, las

luchas que tienen lugar en ellos funcionan bajo la lógica interna de éstos, sin embargo, cada lucha que se lleva a cabo fuera de ellos también los afecta.

Los campos se estructuran por medio de la acumulación de capitales –de forma desigual– creando así agentes dominados y agentes dominantes, según la cantidad de capital acumulado, ya que esto determina su posición. Al entender la posición que los agentes ocupan en el campo es más sencillo entender su predisposición a actuar; sus estrategias;¹⁵ como Lahire (2002) lo plantea, “cada agente del campo está caracterizado por su trayectoria social, su habitus y su posición en el campo”. Esto se explicará a detalle más adelante en el texto.

Hay que dejar en claro que no todo contexto correspondiente a una actividad equivale a un campo. Hay contextos en donde algunos actores pueden estar participando, pero no en una actividad que se constituya como su actividad social principal. Lahire (2002) advierte de no confundir el concepto de *ilusio* del esquema pascaliano de la diversión, en donde los agentes invierten en actividades sociales simplemente por buscar no estar en reposo; comenta que las actividades de “esparcimiento” no requieren de la misma inversión que un campo, por lo cual no constituyen uno. Un campo siempre ejerce fuerza sobre sus agentes. Es decir, practicar fútbol de forma amateur, por ejemplo, no constituye al agente como uno dentro de un campo de actividad deportiva ya que el agente sólo está en el contexto por tiempo limitado y no se lleva las prácticas consigo; son actividades que no están organizadas bajo lo que rige a un campo: las posiciones y las luchas de los agentes dentro del mismo de manera predominante en sus vidas. Los campos entendidos por Bourdieu, se refieren más bien a dominios de actividades profesionales (como los políticos, los periodistas, los médicos) que impliquen un mínimo de prestigio y se organicen “en espacios de competencias y de luchas por la conquista de ese prestigio específico” (*idem*, p. 12).

Los campos, a su vez, como se explicó anteriormente, están contenidos todos dentro de un espacio social; este espacio social tiene una particularidad, según el sociólogo francés. En la conferencia de Tokio que impartió acerca de espacio social y simbólico, Bourdieu remarca la importancia de ubicar a este espacio en la historia y geografía. Señala que al describir las prácticas y la estructura de un espacio social, hay que mantenerse atentos a no atribuir como propiedades intrínsecas de un grupo, aquéllas que son específicas de un momento del tiempo específico en su posición y espacio social. Bourdieu (en Jiménez, 2015) dice que, en cada

¹⁵ Por estrategia se entiende lo que Bourdieu plantea como una intuición para el juego que le indican las potencialidades objetivas inmediatas en el presente. La estrategia es aquella que traza las líneas de acción orientadas; los agentes sociales las construyen en su práctica de manera constante.

momento de una sociedad, se puede observar un conjunto de posiciones sociales unida por relaciones de homología a prácticas y bienes: sólo aprehendiéndola así, se puede comprender el espacio social, a partir de la idea de “distinción” que propone. La distinción, explica, es sólo una “propiedad relacional que no existe sino en y por la relación con otras propiedades” (Jiménez, 2015) y es la base del concepto de espacio. El espacio, Bourdieu dice, es el

...conjunto de posiciones distintas y coexistentes, exteriores las unas respecto de las otras, definidas en una relación con las otras, por vínculos de proximidad, de vecindad, o de alejamiento, y también por relaciones de orden como debajo, encima y entre (Jiménez, 2015, p. 28).

El espacio social se construye a partir de las posiciones que los agentes y los grupos ocupan en él, que a su vez se definen según los principios de diferenciación: los capitales económicos y culturales. Mientras más próximos estén entre ellos dos grupos o dos agentes en el espacio social, más probabilidad de generar relaciones entre ellos y más parecidos serán en cuanto a prácticas y a posesión de capitales; es decir, las distancias que el espacio social establece entre agentes en diferentes campos es predictiva (Jiménez, 2015). El espacio social, como Bourdieu lo dice, es una realidad invisible, intangible; únicamente al visualizar las prácticas que éste organiza se puede entender y describir. De igual forma, la posición que un agente puede tener en un espacio social, será el hilo conductor a través del cual el agente entenderá su espacio y cómo actuar dentro de él; también determinará la postura que tome en la luchas dentro de su campo - que al final pueden transformar tanto al campo y al espacio o conservarlo. Es por esto que Bourdieu señala que el espacio social “es la realidad primera y la última” (Jiménez, 2015).

Bourdieu hace énfasis en que no puede entenderse el concepto de espacio y campo social sin entender el de habitus para llegar a comprender las prácticas en las sociedades. De hecho, el intentar explicar campo sin tocar este concepto fue imposible en esta sección. Por lo mismo, en la siguiente sección intentaré integrar todo lo que se explicó en las secciones anteriores, adicionando el concepto central para el análisis de este trabajo: el habitus propuesto por Bourdieu.

2.5. Habitus

Como es señalado por Giménez (2002), en la teoría de Pierre Bourdieu existe una articulación entre lo individual y lo social; lo que es identificado como las estructuras internas de subjetividad y las estructuras sociales externas. El concepto de habitus es esta articulación, con el cual Bourdieu define que lo interno y lo externo no es mutuamente excluyente; lo concibe como

dos estados diferentes de la misma realidad: uno, inscrito en los cuerpos y otro, en las cosas. Así, el habitus conecta aquello inscrito en los cuerpos –lo encarnado– como un sistema de “disposiciones duraderas” que harán que el agente actúe, no sólo hacia el exterior, sino también en el interior de él mismo. Bourdieu (2005) indica que la intención del concepto de habitus es poder esclarecer cuál es la lógica que yace detrás de las prácticas, a través de una teoría de la práctica entendida como un sentido del juego socialmente construido.

En *Una invitación a la sociología reflexiva*, Bourdieu y Wacquant (1992; 2005) argumentan que la acción humana no se puede reducir a una reacción instantánea a estímulos. Ello sería cegar el análisis a todo lo que esa reacción trae consigo: tanto historias de la persona y de la manera en que se relacionan con su totalidad, como la historia de la posición del campo que ocupan. Establecen “que el estudio de los estímulos no nos permite comprender las resonancias y los ecos que aquellos despiertan a menos que uno tenga alguna idea del habitus que los selecciona y amplifica con la totalidad de su historia” (*idem*, pp. 183-184). Es por esto que Bourdieu hace tanto énfasis en trabajar con la articulación entre lo subjetivo y lo objetivado, entre lo interno y externo, porque entendiendo el agente conectado con su espacio social, se entienden las prácticas. Como Bourdieu lo dijo, “hablar de habitus es aseverar que lo individual e incluso lo personal, lo subjetivo, es social, colectivo. El habitus es una subjetividad socializada” (*idem*, p. 186).

Pero, concretamente, ¿qué es el habitus? Giménez (2002) detalla que el habitus propuesto por Bourdieu puede entenderse como un sistema de disposiciones. Así, el habitus es una predisposición a “actuar, percibir y sentir de pensar de cierta manera” (*idem*, p. 4). ¿Cómo se manifiesta? En los agentes, se ve como la aptitud de moverse y actuar según la posición que ocupan en el espacio social, el campo y la situación en la que se encuentran. Esta disposición es una que no es consciente, no recurre a la reflexión, por lo que Bourdieu la concibe como pre-reflexiva y preconsciente.

La posición del agente y los capitales que tiene influyen en las disposiciones que el agente adquiere. Los agentes están en determinada posición en un campo social, luchando e invirtiendo los capitales. Ahí, pueden recurrir a adoptar disposiciones subversivas o de conservación de las estrategias y el campo al que pertenecen: el habitus es aquello que los impulsa adoptar unas u otras. Bourdieu señala que el habitus sólo se revela al observar situaciones determinadas; sólo al verlo en relación con las estructuras en donde se coloca, el habitus puede producir discursos y

prácticas. “Dependiendo de los estímulos y de la estructura del campo, el mismo habitus generará resultados distintos, incluso opuestos” (Bourdieu y Wacquant, 2005, pp. 197-198). Wilkis (2004) afirma que Bourdieu no ve a los agentes en su teoría como ejecutantes de normas explícitas; les confiere una competencia especial a través de la cual ocupan un lugar en el espacio social.

No obstante, el concepto de habitus tiene sus complejidades. El habitus a veces puede confundirse por algo obvio, como decir “como pertenece al campo médico, debe tener habitus médico”, pero en realidad va más allá. Bourdieu señala que cuando el habitus está dentro del mundo social del cual este habitus es producto, el habitus se siente como “pez en el agua”, y lo que lo rodea está dado por sentado (Bourdieu y Wacquant, 2005). Sin embargo, Bourdieu niega que sea un modelo circular, es decir, que las estructuras produzcan habitus, que determinan prácticas que reproducen la estructura; la posición en la estructura no determina directamente las estrategias sociales. La trayectoria social y biográfica del agente, así como la historia estructural de la posición en el espacio social son filtros que operan en el habitus siempre, explicando así que los agentes no son determinados puramente por causas externas o que su comportamiento se guía únicamente por razones internas con un programa de acción racional perfecto. “Los agentes sociales son el producto de la historia, de la historia del campo social en su conjunto y de la experiencia acumulada por un trayecto dentro de un subcampo específico” (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 199).

Habiendo establecido esto, Bourdieu recalca que el habitus no es algo destinado, ni estático; por lo tanto, el campo tampoco lo es. Como se explicó en la sección de campo, los límites de éstos están en consante cambio porque los agentes tienen el poder de modificarlos. Asimismo, el habitus es un sistema abierto, sujeto a experiencias que de forma permanente pueden modificarlo o reforzarlo. Es decir, el habitus puede cambiar a lo largo de la vida por las experiencias por las cuales el agente transite; de forma similar, Bourdieu señala que el habitus puede sufrir cambios si el agente hace de forma consciente un socioanálisis, pero la posibilidad de este autoanálisis también se determina por las estructuras originales del habitus en cuestión y por las condiciones objetivas bajo las cuales este despertar de la autoconsciencia se dio (Bourdieu y Wacquant, 2005).

Génesis del habitus

Una vez explicado el concepto y habiendo establecido que no es un elemento estático, considero pertinente y necesario explicar también cómo es que este habitus “aparece” en los agentes. La génesis del habitus está asociada a dos procesos diferentes que Bourdieu analiza en su libro *La Reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza* (1970/2009). De acuerdo con su obra, el primero de estos procesos es la *inculcación*, una acción pedagógica con la característica específica de que se lleva a cabo dentro de un espacio reconocido como una institución: sea la familia o una escuela como tal. Es decir, aquello que los agentes adquieren a través de acciones directas de aprendizaje, planeado por una institución es lo que incumbe a la inculcación. Por ejemplo, conceptos de ciencias naturales o matemáticas a nivel de educación básica escolar, o bien, en la familia, instruir a un niño abiertamente a que comparta sus juguetes con sus hermanos. Por otro lado, el segundo proceso, la *incorporación*, se da cuando los agentes interiorizan las regularidades que les rodean en el día a día de su existencia (Bourdieu y Passeron, 2009). Es decir, es todo aquello que se adquiere a partir de las interacciones cotidianas aunque no tengan un propósito de enseñanza-aprendizaje. Aunque son procesos diferentes, separarlos en situaciones concretas es difícil, ya que las instituciones tienen tanto poder de inculcación como de incorporación al mismo tiempo, pero su poder de inculcación únicamente existe “mediando las condiciones de existencia de los agentes en espacios específicos” (Giménez, 2002, p. 5).

Al hablar de la génesis del habitus, invariablemente se debe hablar de *violencia simbólica*. Como se mencionó al inicio del capítulo, los trabajos de Bourdieu orientados a la educación, en especial *Los herederos: los estudiantes y la cultura* (1964) y *La reproducción* (1970/2009), hicieron fuertes críticas a la educación pública francesa, señalándola como una institución que reproducía y perpetuaba la diferencia de clases, en lugar de ser un medio “democratizante”, de ahí el título de la obra: la reproducción. Bourdieu y Passeron afirmaron que todas las acciones pedagógicas eran una forma de violencia simbólica, entendida como una forma de imponer arbitrariedades culturales (Bourdieu y Passeron, 2009).

Si la génesis del habitus de un agente se da a partir de la inculcación de constructos en una institución formal y la incorporación de la regularidad de lo que vive cotidianamente, entonces los estudiantes sometidos a una institución están sujetos a un tipo de violencia simbólica por un periodo determinado. Una vez que el tiempo pasa, en los estudiantes se inscriben en un habitus que, si el sistema de enseñanza logró su objetivo, es capaz de perpetuarse incluso después de que

la acción pedagógica terminó, reproduciendo así en su práctica los principios que interiorizaron en su periodo escolar (Bourdieu y Passeron, 2009). Incluso años más tarde, Bourdieu lo recalca en su trabajo con Wacquant:

La tendencia a la autorreproducción de la estructura sólo se realiza cuando logra la colaboración de agentes que han internalizado su necesidad específica bajo la forma de habitus y que son productores activos, aun si consciente o inconscientemente contribuyen a la reproducción. Habiendo internalizado la ley inmanente de la estructura bajo la forma de habitus, realizan su necesidad en el movimiento espontáneo mismo de su existencia (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 204).

Sin embargo, como es bien planteado en la introducción a la edición italiana de *La reproducción* (1970), el agente no es una hoja en blanco que recibe lo que el sistema de enseñanza le proporciona sin reacción alguna. Bourdieu reconoce que comprender el proceso por el cual se forma un individuo biológico y social es una cuestión sumamente difícil. Pero, dentro de este proceso, también identifica que es un proceso “irreversiblemente relativo”, porque todo lo externo, estímulos y experiencias, sólo pueden percibirse en el momento en que sucede a partir de categorías que únicamente experiencias previas ya habían construido. Por esto mismo, el habitus tiene una clausura relativa a partir de las experiencias previas. Un agente inicia su habitus dentro de la familia, tanto por inculcación e incorporación en su proceso de socialización. Éste será la base de la estructuración de las experiencias futuras. Una vez en la escuela, el habitus se transformará por lo que en ese campo el agente inculque e incorpore y, a su vez, será el habitus base para todas las experiencias posteriores. El habitus, entonces, se reestructura constantemente (Bourdieu y Wacquant, 2005).

La Figura 4 representa esquemáticamente un intento de incorporación de la dinámica y la estructura que Bourdieu propone en su teoría:

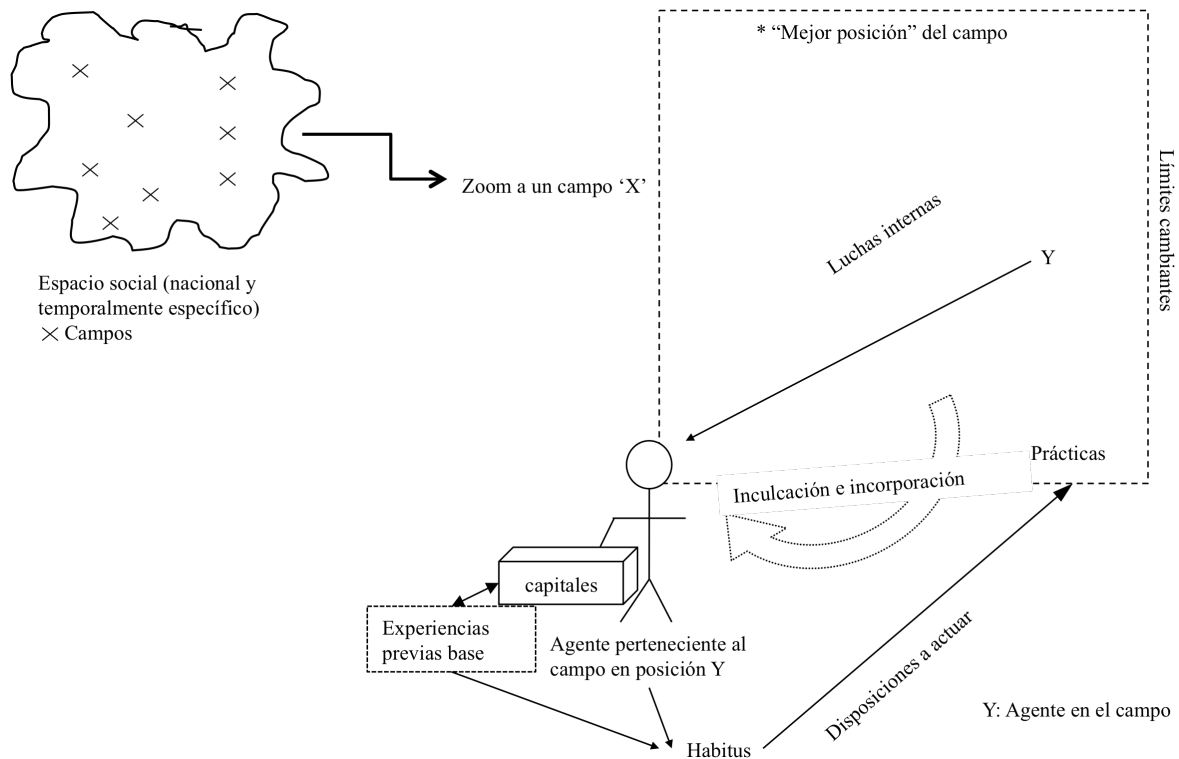


Figura 4: Condensación de los elementos de la teoría de Pierre Bourdieu expuestos a lo largo del presente capítulo. El espacio social se representa como el plano cartesiano simulando la figura al inicio del capítulo.

Fuente: Elaboración propia

Hay que señalar que entonces, el agente trae consigo esquemas previos de disposiciones que pueden resultar en agentes que no terminen por inscribir un habitus que perpetúe las estructuras de las cuales forma parte, sino un agente subversivo, que busque su transformación. ¿Qué es, entonces, lo que empuja una disposición hacia la reproducción o hacia el cambio del espacio social?

Se plantea en la misma introducción la metáfora entre el sistema de enseñanza y un pelícano que pone huevos (Citalioni, 1972). El huevo dará origen a un pelícano mientras el pelícano siga poniendo huevos de pelícanos. Pero ¿qué pasa si un día quisiéramos que del huevo no saliera un pelícano, sino un animal distinto? Habría que estudiar qué pasa y qué determina que del huevo salga un pelícano. Citalioni (1972) bien señala que no todas las enseñanzas son igual de violentas: “es justo la práctica de la enseñanza [...] la que determina qué enseñanzas y qué modos están en más consonancia con tales alumnos o tales hombres. La gran fuerza de la transmisión de una cultura de clase está en el lograr confundir lo que es necesario con lo que es útil sólo para la clase dominante” (Citalioni, 1972, p. 31). Es evidente que la reproducción

biológica es mucho menos multifacética que la reproducción social, por lo que la metáfora se queda corta, pero es una buena forma de ilustrar lo que se quiere lograr en este trabajo.

Capítulo 3: Método

3.1 Planteamiento del problema

Como mencioné en la introducción del presente trabajo, existen aproximaciones al estudio de la profesión médica desde diferentes aristas. Si consideramos el imaginario colectivo actual de México en torno a la problemática de la educación médica, nos encontramos con que se reconoce, a nivel general, que la educación médica es distinta y calificada negativamente desde diferentes lugares. Es decir, los retos a los que se enfrenta la formación profesional médica han sido analizados no sólo desde la mirada de quienes trabajan en la investigación que versa de este tema, sino que existen decenas de artículos en los medios de comunicación que denuncian y tocan el tema desde una óptica microsocia. Procesos en torno a la relación médico-paciente y los procesos como el síndrome de desgaste profesional que experimentan los médicos, han capturado la atención de medios de comunicación. El periódico La Jornada en noviembre de 2016 publicó un artículo en donde se denunciaban las consecuencias de las jornadas largas en la atención a los pacientes; Aristegui Noticias (2017), otro noticiero en línea, también habló del maltrato de los estudiantes dentro de los hospitales, narrando la problemática de un estudiante de la especialidad que murió como consecuencia de que una superior le bloqueara su proceso de titulación; además de las incontables notas periodísticas de los tratos abusivos de los médicos con pacientes, particularmente en zonas rurales. Por estas razones, los mismos médicos, tanto estudiantes como profesionistas, han iniciado movimientos en las redes sociales abogando por un mejor trato dentro y fuera del sistema de salud; dentro de él, por mejores condiciones de trabajo, y fuera de él, solicitando que la sociedad se solidarice con ellos.

No obstante, la idea de que se tiene que “aguantar” o “sobrevivir” a estas condiciones, está firmemente atada, desde hace tiempo, a parte del proceso por el cual se pasa para ser médico. Es decir, si un estudiante de preparatoria elige estudiar medicina, es sabido que pasará por estas condiciones difíciles para alcanzar su meta. Al existir tantos estudios y reportes alrededor de los procesos aparentemente abusivos dentro del sistema educativo médico y el sistema de salud, es inevitable preguntarse qué sucede en el proceso formativo médico para que las condiciones continúen sin un cambio notable en estos aspectos, y que la disposición de los alumnos a someterse a dichas condiciones parezca más una de resignación.

Elegí como marco teórico para el análisis al trabajo de Bourdieu, ya que él logró proporcionar una explicación de la forma en que las acciones pedagógicas conforman agentes con un habitus que tienden a perseguir la conservación de las estructuras sociales para un funcionamiento en beneficio de una clase dominante (Citalioni, 1972). Es decir, según Bourdieu, el sistema de educación pública es una estructura que fomenta el perpetuar y reproducir las estrategias y la estructura social que fomentan una desigualdad. Entonces, ¿cómo podemos mirar el sistema educativo médico desde los conceptos propuestos por Bourdieu: capital, espacio social, campo y habitus?

Pensando en esto, quise indagar a partir de la forma en que se construye el habitus de los estudiantes de medicina, ¿se inclinan por la conservación del sistema educativo médico, o existen resistencias a él al concluir la licenciatura? En otras palabras, ¿se encuentran los estudiantes de medicina por completo inmersos en su campo o existen resistencias o estrategias de subversión dentro del mismo?

La investigación aquí reportada es de corte cualitativo, con la utilización de la entrevista semiestructurada como técnica principal para la obtención de la información. Partí de la aproximación fenomenológica, en donde, como Kvale (1996) señala, se persiguió que la entrevista proporcionara información que permitiera detallar la experiencia del mundo de vida de los participantes. Así, busqué que la propuesta del esbozo del habitus de los estudiantes de medicina se acercara a la forma en la que los actores experimentan su mundo.

3.2 Objetivos

Objetivo general

Estimar si las disposiciones que conforman el habitus de los egresados de la licenciatura de médico cirujano de UNAM-CU se inclinan hacia la conservación del sistema educativo en el que están insertos, o bien, si se inclinan por prácticas subversivas hacia él.

Objetivos específicos

- a) Identificar y describir las experiencias previas en la vida de los estudiantes que influyeron en la conformación de su habitus.
- b) Identificar y describir las características del espacio social en el que se inserta el campo médico.
- c) Describir el campo dentro del cual se mueven los estudiantes de medicina a lo largo de

sus estudios de licenciatura.

- d) Identificar y describir los tres capitales propuestos por Bourdieu y la forma en la que participan en la formación de los estudiantes de medicina.
- e) Identificar y describir los elementos relevantes del sistema educativo médico de la licenciatura de Médico Cirujano para la génesis del habitus de los estudiantes.
- f) Esbozar, a partir de sus prácticas y formas de pensar, el habitus de los estudiantes de medicina al momento de concluir la licenciatura.

3.3 Participantes

Basé la selección de los participantes en el requisito de que debían haber completado la licenciatura en la Facultad de Medicina de la UNAM durante el año 2015 incluyendo el año de servicio social, o bien, estar realizando el servicio social durante el año 2016, y residir en la Ciudad de México, por lo que se realizó un muestreo por conveniencia (Ito Sugiyama y Vargas Nuñez, 2005). Se trabajó con seis participantes, tres hombres y tres mujeres; de ellos, tres se encontraban completando el servicio social, y los otros tres se encontraban recién egresados en situaciones laborales distintas; los participantes tenían en promedio 25 años de edad al ser entrevistados. Todos los participantes accedieron a colaborar en el estudio de forma voluntaria. A continuación se muestra en la Tabla 2 la información relevante de cada caso para el estudio; el lugar en donde laboran y las sedes de su internado se retoman al reportar los resultados, por lo que es importante dejarlos constatados.

Caso	Sexo	Ocupación al momento de la entrevista
Ignacio*	H	Pasante en un instituto nacional de salud de tercer nivel en Ciudad de México
Tamara	M	Residente de primer año de la especialidad de Traumatología en Hospital Regional de Ciudad de México
Nora	M	Pasante en un instituto nacional de salud de tercer nivel en Ciudad de México
Carlos	H	Pasante en un instituto nacional de salud de tercer nivel en Ciudad de México
Mauricio	H	Asistente de investigación en Salud Pública
Judith	M	Residente de primer año de la especialidad de Psiquiatría en Hospital de tercer nivel en Ciudad de México

Tabla 2. Información de los participantes en el estudio: sexo y ocupación

* Nombres modificados para mantener confidencialidad

3.4 Instrumento

Para la recolección de información de este estudio, utilicé una entrevista semiestructurada, para lo cual construí una guía que tenía el objetivo generar un relato en torno a las experiencias vividas en distintos momentos de la licenciatura, desde la elección de la carrera hasta las vivencias en los años de prácticas clínicas en el internado y servicio social, analizando la interpretación que los actores le dieron a dichas experiencias y cómo abonaron a lo que significa para ellos el ejercicio de su profesión.

Las preguntas se construyeron teniendo en mente los objetivos del proyecto. En la Tabla 3 se muestra una correlación del objetivo con las preguntas que se hicieron para explorarlo; algunas de las preguntas se empalmaron al explorar dos de los elementos a analizarse. Sin embargo, el orden tentativo de las preguntas se puede apreciar en la guía de entrevista que se encuentra en el Anexo 2.

Pregunta de la guía	Objetivo específico (simplificado) que buscaba indagar
En general, ¿qué tipo de estudiante has sido?	Experiencias previas
En tu caso, ¿Cómo fue que decidiste estudiar medicina?	Experiencias previas
¿Qué significó para ti ingresar a la Facultad de Medicina de la UNAM?	Espacio social, capitales
¿Cómo es/fue tu experiencia de servicio social? ¿Para todos es igual? Si: ¿A qué crees que se deba? No: ¿por qué?	Espacio social, génesis del habitus
Si pudieras agregar, quitar o transformar algo del sistema educativo del que fuiste parte, ¿qué sería?	Espacio social, habitus
¿Cómo te llevas con los pacientes y con el personal del hospital?	Campo
¿Qué piensa tu familia de que hayas estudiado medicina?	Campo y capitales
En tu caso, ¿cómo fue que decidiste estudiar medicina?	Experiencias previas y capitales
¿Fue importante para ti usar bata y/o vestir de blanco durante la carrera? ¿Por qué?	Capitales, habitus
¿Cómo consideras que fue tu preparación en los ciclos básicos y los ciclos clínicos frente a las exigencias que se te plantearon en el internado y el servicio social?	Génesis del habitus
¿Qué hay de los “castigos” de los que se habla mucho, como “quedarse guardado”? ¿Qué castigos has visto? ¿Qué opinas de ellos? ¿Te han tocado?	Génesis del habitus, habitus
¿Consideras que tu vida ha cambiado mientras has avanzado en la carrera? Si: ¿Cómo? ¿En qué aspectos? No: ¿por qué?	Génesis del habitus
Me gustaría que me compartieras cómo es un día normal en tu vida hoy. ¿Qué es lo que estás haciendo?	Habitus
A partir de todas las experiencias que tuviste, ¿qué es lo que has pensado que te gustaría hacer en el largo plazo?	Habitus
¿Cómo era diferente tu vida en el servicio de cómo era durante el internado? ¿Cómo era un día normal del internado?	Habitus, génesis del habitus
¿Qué haces para distraerte?	Habitus
¿Te ha pasado que alguna vez alguien en el hospital haya hecho algo para sacarte de tus casillas? [Si sí, que lo relate; si no:] ¿por qué consideras que no te ha tocado esa experiencia? ¿qué has visto en los compañeros?	Habitus
Por el contrario, ¿tienes alguna experiencia que te haya resultado muy gratificante, ya sea con un paciente, superior o personal del hospital?	Habitus
¿Alguna vez pasaste algún momento en el que quisiste dejar la carrera?	Habitus

Tabla 3. Relación entre los objetivos específicos y las preguntas de la guía de entrevista.

3.5 Procedimiento

Teniendo en mente el objetivo general del proyecto, seguí los siguientes pasos para lograrlo.

- I. A partir de la revisión teórica, construí una primera entrevista semiestructurada, la cual piloteé y a raíz de dificultades identificadas en el piloteo, modifiqué. Posteriormente, edité el orden de las preguntas para intentar que el relato del participante comenzara de lo más actual hasta que inició la carrera.
- II. Contacté a los participantes en un lapso de un mes y se agendaron citas en diferentes sedes que variaron desde cafeterías pequeñas hasta salas de juntas en hospitales a lo largo de Ciudad de México. Como mencioné anteriormente, el muestreo fue por conveniencia, eligiendo participantes que fueran conocidos de conocidos y que vivieran en la misma ciudad donde realicé el estudio. Informé a los participantes de los objetivos de esta investigación y se firmó una carta de consentimiento informado, haciéndoles saber, además, que podían retirarse en cualquier momento del estudio. Las entrevistas las llevé a cabo utilizando la última versión de la guía de entrevista, grabando cada una de éstas con el consentimiento de cada participante. Las entrevistas duraron en promedio una hora.
- III. Una vez realizadas las entrevistas, transcribí las grabaciones en un procesador de palabras; posteriormente proseguí con su análisis.

3.6 Análisis de la información

Realicé un análisis categórico (Kvale, 1996) de cada uno de los casos, determinando que las categorías irían también de la mano con los objetivos específicos. Una vez identificadas las seis categorías con las que trabajaría, en un inicio marqué con colores distintos la información en las entrevistas que correspondía a cada una de las categorías. Posteriormente, acomodé la información en Numbers versión 3.6.2 de la suite iWork para Mac, utilizando la disposición de tablas. Hice una columna por cada participante, así como una fila por categoría. Entre cada categoría, integré dos filas, una para condensar la información de todos los participantes, y la otra para hacer anotaciones que pertenecerían a la sección de discusión. Una vez terminada la tabla, continué redactando la síntesis de estos resultados, eligiendo paralelamente las citas de las entrevistas que, a mi juicio, mejor ilustraran lo que intentaba demostrar en los resultados. Al

mismo tiempo que redactaba los resultados y la interpretación, realicé de forma conjunta la redacción de la discusión y las conclusiones del trabajo.

3.7 Consideraciones éticas

El proyecto se realizó siguiendo los lineamientos de acuerdo con “las normas de competencia científica e investigación ética”, como lo estipula el Código Ético del Psicólogo (2002). Las consideraciones éticas que seguí en este trabajo fueron las siguientes:

- A) Carta de consentimiento informado: Entregué impresa a los participantes antes de iniciar la entrevista, además de que les expliqué en ese momento el tema del estudio. Una copia de esta carta se encuentra en el Apéndice 3 de este trabajo.
- B) Confidencialidad: la identidad de los participantes fue protegida, únicamente revelando los detalles necesarios para la investigación.
- C) Participación sin coacciones: Los participantes cooperaron de forma totalmente voluntaria, sin mecanismos de coacción; además les mencioné que podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin consecuencias.
- D) Protección contra daños: antes de comenzar la entrevista les comenté a los participantes que podían negarse a contestar cualquier pregunta que consideraran invasiva o incómoda; además, les proporcioné una tarjeta con los números de la Defensoría de los Derechos Universitarios, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, así como servicios psicológicos gratuitos y privados, por si algún tema que se tocara a lo largo de las entrevistas los llegara a afectar de alguna manera.
- E) Comunicación de la devolución de resultados: les proporcioné a todos los entrevistados una tarjeta con mis datos para que, de ser de su interés, pudieran contactarme para obtener los resultados de la investigación. Independientemente de esto, al concluir la investigación, les hice llegar un correo electrónico a los participantes con una síntesis de los hallazgos del trabajo.

Capítulo 4. Las categorías del habitus: resultados e interpretaciones

A partir de las seis entrevistas realizadas a los informantes, realicé un análisis categórico en torno a los siguientes rubros:

1. Experiencias previas al ingresar a la licenciatura
2. Espacio social
3. Capital (social, cultural y económico)
4. Campo
5. Génesis del habitus (incorporación, inculcación y violencia simbólica)
6. Habitus (Prácticas y formas de pensar)

Estas categorías fueron determinadas con base en la revisión teórica del trabajo de Bourdieu. Busqué que el orden de las categorías llevara al lector de forma ordenada hacia la construcción del habitus, primero identificando las experiencias previas a la carrera en la vida de los estudiantes; posteriormente, describiendo el espacio social por el cual navegaron, en el cual, siguiendo las reglas del campo médico, operarían una serie de capitales, culminando así con la descripción de los procesos de la génesis del habitus y, finalmente, el habitus como tal. A continuación presento primero una descripción breve que caracteriza a los participantes con elementos importantes para contextualizar su participación, y después una descripción e interpretación detallada de los hallazgos en cada una de las categorías que mencioné.

Participante 1: Ignacio¹⁶

Ignacio era pasante al momento de la entrevista en un instituto de alta especialidad en Ciudad de México. Él contó que siempre fue un alumno inquieto; asistió toda su vida a escuelas particulares reconocidas. Tiene una hermana más joven que también tenía deseos de estudiar medicina; sin embargo, nadie de su familia se dedicó a las ciencias de la salud. Ignacio cuenta haberse interesado por la medicina por haber sufrido de una enfermedad del riñón cuando era más joven.

Participante 2: Tamara

Al momento de entrevistarla, Tamara se encontraba realizando trámites para comenzar la especialidad en Ortopedia en un hospital de segundo nivel de atención en Ciudad de México. Como Ignacio, Tamara estuvo en escuelas particulares de cierto prestigio a lo largo de su

¹⁶ Los nombres de los participantes fueron cambiados para mantener la confidencialidad

educación básica y media superior, en donde ella contó siempre ser de las alumnas que no necesitaba estudiar para que le fuera bien. Dentro de su familia su padre estudió medicina veterinaria y zootecnia, pero no ejerce; sin embargo nadie más de su familia directa estudió medicina. Su madre, por otro lado, ha experimentado el extremo opuesto del binomio, al padecer de una enfermedad crónica.

Participante 3: Nora

Nora, la participante de la tercera entrevista que realicé, es hija de un diplomático y una administradora; su hermano mayor estudió idiomas y su hermana estudió química. Su educación ha variado ya que ha vivido en lugares diferentes del mundo, pero en lo que concierne a México siempre asistió a escuelas particulares reconocidas. Ella se encontraba realizando su servicio social en un instituto de alta especialidad en Ciudad de México en el momento en que tuvimos la entrevista, con la mira en aplicar a una especialidad quirúrgica en el año entrante.

Participante 4: Carlos

Carlos es hijo de un médico quien ha trabajado en investigación y su madre es psicóloga especializada en el área de neurociencias. Asistió a lo largo de toda su vida a una escuela particular de prestigio y desde que tiene memoria quiso estudiar medicina. Al momento de la entrevista, Carlos estaba realizando su servicio social en un área de investigación en un instituto de alta especialidad, e igual que Nora perseguía una especialidad quirúrgica para el año siguiente.

Participante 5: Mauricio

Cuando entrevisté a Mauricio, se encontraba trabajando en una instancia que se enfoca en diferentes labores de salud pública en México. Mauricio fue el único de los participantes que no asistió a escuelas particulares; a lo largo de su educación asistió a escuelas públicas en un estado al sur de México. Su madre es médico en el pueblo de donde él es originario y su padre no vivió con él. Tuvo que mudarse a la ciudad para estudiar la licenciatura y tenía planeado dedicar su práctica médica a la Salud Pública.

Participante 6: Judith

Judith al momento de la entrevista se encontraba en el primer año de la residencia de psiquiatría en una instancia de Ciudad de México. Comparte con Mauricio el hecho de no ser originario de Ciudad de México, sino de un estado contiguo a la Ciudad de México, por lo que renta con su hermano, quien también estudia medicina, un departamento cercano a los hospitales donde

laboran. Es la única de los participantes que no formó parte de los grupos del Programa de Alta Exigencia Académica. Sus padres ambos son médicos con especialidades quirúrgicas.

4.1. Experiencias previas al ingresar a la licenciatura

Se exploraron las experiencias previas al ingresar a la licenciatura de los estudiantes debido a que Bourdieu hace énfasis en la naturaleza cambiante del habitus: así como éste se ve modificado constantemente por las experiencias nuevas de un individuo, su génesis se verá influida por las experiencias previas en su vida. Se indagó entonces a partir de aquellas preguntas en la entrevista que particularmente buscaban dilucidar las razones por haber elegido la licenciatura, sus relaciones con amigos y familia fuera de la universidad y la forma en que su vida cambió desde que ingresaron a la universidad. La Figura 5 resume los hallazgos de esta categoría.

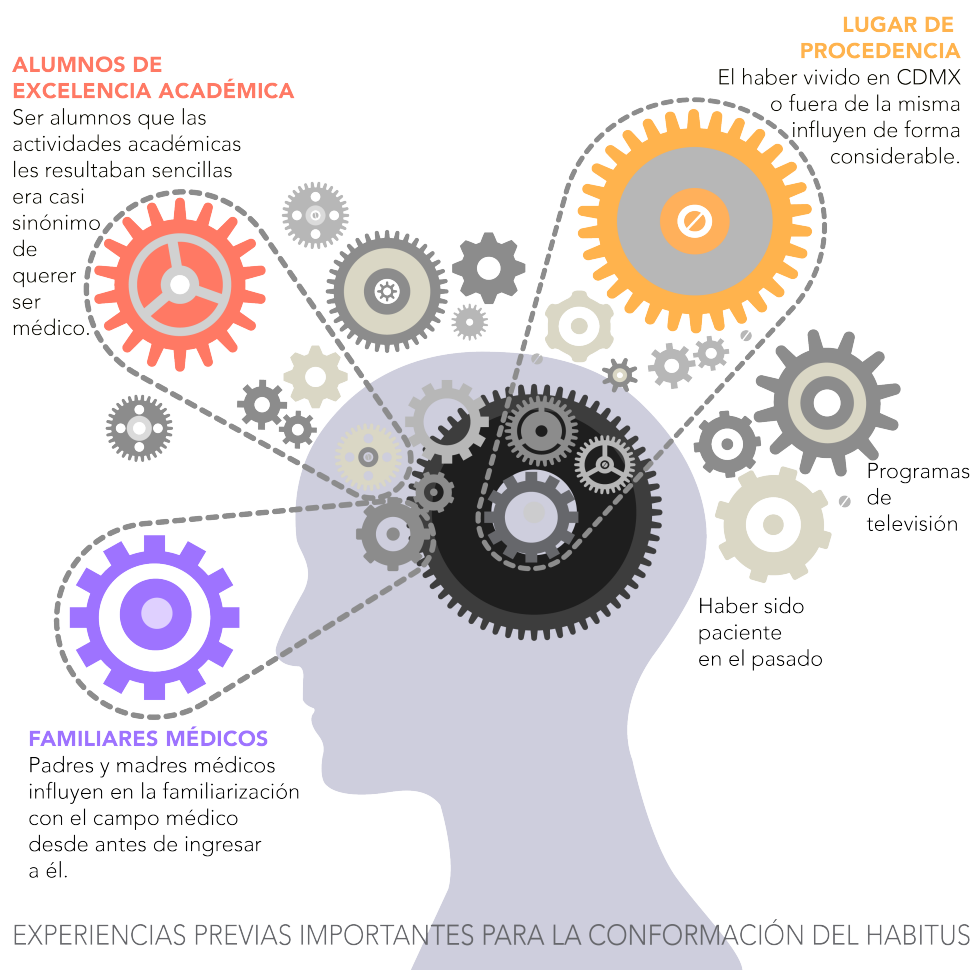


Figura 5. Representación de los hallazgos de la categoría Experiencias previas.
Fuente: Diseño original por Freepick, obtenido de freepick.es; con adecuaciones por parte de la autora.

Al analizar las respuestas de los participantes, entre sus experiencias se encontraron las siguientes coincidencias y discrepancias. Tres de los seis participantes son hijos de médicos, lo cual puede llevar a que asumamos que los tres estaban suficientemente familiarizados con la forma en que el campo médico opera, con algunos de los tipos de capitales y el espacio social, ya que veían cómo trabajaban sus padres. Uno de los participantes relata:

...mis papás son médicos. Son ginecólogo y cirujana, entonces siempre me desarrollé en la medicina, entonces fue diferente porque ya sabes lo que te espera [...] Me pasó muchas veces que desde chiquita me tocó estar en el hospital y yo creo que es algo con lo que yo me sentía cómoda; o sea en un hospital yo me sentía como en mi casa, en mi ambiente. Y si ahí como que aprendes a ver las cosas diferente y me gustaba. Entonces nunca pensé en otra cosa. (Judith)

Dentro de esos tres casos, existen discrepancias entre lo que aceptan como influencia de ser hijos de médicos en su actuar; uno de ellos rechaza que la profesión de sus padres¹⁷ haya influido sobre su decisión en el sentido que ellos nunca se lo impusieron. Él comenta que desde muy pequeño comenzó a decir que él sería médico, que incluso sus familiares en lugar de regalarle dulces, le regalaban vendas adhesivas para que jugara con ellas. Sin embargo, él no recuerda un momento consciente en el que haya decidido estudiar medicina. Los otros dos participantes reconocen la influencia de la profesión de sus padres médicos, uno de ellos inclusive señalando:

Muchos dicen 'mis papás son médicos pero no tuvo nada que ver mi decisión'[después de una pausa, continúa]Sí tiene que ver [...] mi mamá es médico y ella estudió en la UAM [...] yo crecí en un pueblito en [entidad federativa al sur del país]¹⁸ [...] los recuerdos del pueblo eran para mí, mi casa, gente indígena llegando a mi casa a pedir consulta. Yo era el que bajaba a abrir la puerta, los veía, los escuchaba hablar una lengua extraña...Me causaba mucha curiosidad ver cómo mi mamá los tocaba y hablaba con ellos y cómo reaccionaba. [...] Mi papá nunca vivió con nosotros. No tenía a nadie más con quién estar. Entonces o estaba con gente que nos cuidaba o íbamos con mi mamá. [...] Y pues realmente lo que hacíamos [mi hermano y yo] era ir a la escuela, saliendo de la escuela ir a donde estaba mi mamá

¹⁷ Su padre es médico dedicado a la investigación sin especialidad; su madre es psicóloga especializada en neurociencias.

¹⁸ El nombre y las características del pueblo que describe fueron omitidas para preservar la anonimidad del participante.

que era la directora de un hospital. Nos íbamos al hospital, ahí jugábamos con la gente, no sabíamos bien qué estábamos haciendo ahí, pero ahí estaba mi mamá. Luego regresábamos a la casa y era lo mismo, era ver a los pacientes de mi mamá en la casa, pues no teníamos en donde más estar. Ahí crecimos. Entonces obviamente para mí la medicina es algo muy familiar. (Mauricio)

Cabe destacar que ambos participantes que reconocen la influencia de sus padres en su elección de profesión coinciden en otro punto: ambos se mudaron a Ciudad de México para estudiar la licenciatura, por lo que ambos se separaron de sus padres al finalizar la preparatoria. Y entre ellos dos existe una diferencia más: como se entiende en el extracto anterior, uno de ellos creció en una zona rural del país y vivió ahí hasta comenzar la carrera, mientras que la otra participante vivió en la capital de una de las entidades federativas más pobladas del país; esta ciudad es también considerada como zona urbana, por lo que en ese sentido, coincide con la mayoría de los demás participantes, quienes crecieron en Ciudad de México con sus familias (con la excepción de Nora, quien por ser hija de un diplomático vivió fuera México, pero sus estudios de educación media superior y superior los realizó ya en Ciudad de México, viviendo con su madre).

Un elemento en que coinciden todos los participantes es que eran estudiantes destacados en su vida académica antes de entrar a la licenciatura. Uno menciona haber batallado con un diagnóstico de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, por lo que era etiquetado siempre como “el inquieto del salón”, pero que su madre lo ayudó al decirle que si quería ser “alguien en la vida”, debería “echarle más ganas”. El resto considera que siempre fueron estudiantes quienes disfrutaban de asistir a la escuela, estudiar y aprender.

La verdad, mis papás nunca me lo exigieron ni nada, nunca me presionaron, nunca me dijeron “a ver tus calificaciones”, pero siempre saqué buenas calificaciones. Y en la carrera igual. Sí me dedicaba, sí me gusta encerrarme a estudiar. Nunca me desvelé porque no podía, pero sí estudiaba. Si tenía examen no salía, y ese tipo de cosas. (Nora)

Desde la primaria [estuve] en el Cuadro de Honor, en la secundaria también, en la prepa[ratoria] también. (Tamara)

Señalo este resultado como relevante porque además de que es una coincidencia para los seis participantes, uno de ellos reconoce además que definitivamente el ser percibido como “el

buen estudiante” influencia la decisión de estudiar medicina, como si estuviera dado que el ser buen estudiante representaba automáticamente poder y tener que estudiar medicina:

...otra razón importante, que es como la de todos, y es que eres el mejor estudiante de tu escuela siempre, y pues los mejores estudiantes deben estudiar lo que es más difícil. Medicina. Total pues mi decisión fue esa y mi lógica fue esa, de que me dijeron “éste tiene que estudiar medicina” y me la creí. (Mauricio)

En cinco de los casos, los entrevistados recibieron su educación previa en escuelas particulares, pero los seis tuvieron que presentar examen de concurso de selección ya que el otro participante no acudió a una preparatoria del sistema UNAM, por lo que comparten la experiencia del concurso de selección como algo significativo en sus vidas; todos comentan haber hecho un gran esfuerzo para obtener un lugar en la universidad, algunos de ellos repitiendo más de dos veces el examen para ingresar. El participante singular comenta haber asistido a instituciones públicas para su educación básica hasta la educación media superior. Haber recibido educación en establecimientos privados de buena calidad influye en los diferentes factores que impactan la configuración del habitus, desde los capitales hasta las prácticas, por lo que es importante tomar este factor en cuenta.

La información varió en aquellos casos donde no se tenía parentesco con médicos. Una participante reconoce que un programa de televisión estadounidense que trataba de una sala de emergencias la inspiró a querer estudiar medicina, por lo que primero trabajó como paramédico voluntaria durante sus años de preparatoria y después continuó con la carrera de médico cirujano. Otro de los participantes tomó inspiración en que su último año de preparatoria él vivió el sistema de salud del país como paciente debido a que sufrió una enfermedad renal que lo obligó a estar internado por largos periodos en un instituto de salud de tercer nivel, el Instituto Nacional de Nutrición y Ciencias Médicas “Salvador Zubirán” (INNCMSZ). Finalmente, otra de las participantes hizo énfasis en que lo que a ella le llamaba la atención en realidad era el comprender el funcionamiento del cuerpo y las ciencias de la salud, y no tanto la versión altruista de la medicina. Cada una de estas experiencias se conecta fuertemente con las prácticas actuales de cada uno de ellos, la primer participante inclinándose por una especialidad en traumatología, el segundo por aspiraciones a trabajar en el mismo instituto en el que fue tratado y la tercera con una orientación fuerte a la docencia y la investigación, más allá del trato con pacientes.

Finalmente, es importante mencionar que para ninguno de los participantes fue difícil tomar la decisión de elegir medicina. Para los que ya estaban familiarizados con el campo, la decisión pareciera haber estado hecha desde antes que ellos la pudieran hacer consciente, y para los que no, la decisión también resultó obvia y poco cuestionable por ser buenos estudiantes.

4.2. Espacio social

Una vez descritas las experiencias previas que cada uno de los participantes cargaban como bagaje al ingresar a la universidad y que influyeron en la conformación de su habitus, se buscó puntualizar el espacio social en el que ellos identificaban que están insertos, de esta forma, ampliando el panorama a través del cual navegaron por los seis años y medio de la licenciatura para indagar cómo el espacio influyó sobre la génesis de su habitus. Es por esto que, a partir de diversas preguntas que indagaban acerca de su trayectoria académica dentro de los diferentes hospitales de la Ciudad de México; las trayectorias posibles que pueden seguirse distintas de las suyas, tanto dentro como fuera de la ciudad; y su opinión acerca de los servicios de salud en México, se halló lo siguiente, condensado en primer lugar en la Figura 6 y explicado a detalle en los párrafos consiguientes.



Figura 6. Espacio social descrito por los participantes en las entrevistas.

Fuente: Mapa original creado por Vecteezy, obtenido de freepick.es; con adaptaciones de la autora

La constancia de los primeros dos años de la licenciatura cursados en la Facultad de Medicina hace que las características del espacio social que conciben e internalizan los

estudiantes no sean muy obvias. Sin embargo, a partir del quinto semestre, el espacio social se revela como un espacio heterogéneo. Los seis participantes reconocen que los ciclos clínicos, el internado y el servicio social son muy diferentes para los estudiantes, dependiendo de las sedes que elijan. Como la elección de las sedes es a partir de promedios académicos, algunas sedes se vuelven más saturadas que otras, como lo menciona Ignacio: “las primeras sedes que se llenan son el INNCMSZ y Gea González”.¹⁹ Aunque las sedes más demandadas varían para los ciclos clínicos, para el internado y para el servicio social, la tendencia a elegir institutos de tercer nivel de atención en Ciudad de México por encima de clínicas familiares u hospitales generales de zona permanece para las tres etapas. De los seis participantes, sólo una participante realizó su servicio social en una sede fuera de la Ciudad de México, en una Unidad Médico Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Sin embargo, ella reconoce que la inseguridad del país en algunas zonas en las que existen plazas es un factor que una gran cantidad de estudiantes toman en cuenta para tomar una decisión acerca de su sede para el internado o el servicio social. Relata:

...siempre quise para mi servicio irme a un pueblo. La verdad es que creo que el servicio se debe hacer en algún pueblo. Entonces, mi mamá no quería porque es un poco difícil ahora por la seguridad [...] por todas las cosas horribles que suenan por ahí de los médicos pasantes[...] A mi me tocó irme a un hospital allá a Chiapas, entonces por lo menos, pues ya sabía que seis [compañeros] iban conmigo. Entonces por lo menos seis íbamos a estar juntos. Pero pues, todos aquellos que les tocan en clínicas, o en Centros de Salud que están solos y que a veces se tienen que quedar de guardia pues sí ha sonado que luego van en las noches y les toca que han matado a algunos, han violado a algunas. (Tamara)

Aunado a esto, cinco de los seis participantes comentaron brevemente dentro de sus respuestas acerca del panorama social, político y económico del país respecto de cómo afecta al sistema de salud y de forma indirecta, al sistema educativo de los médicos. Uno de ellos menciona que la organización del sistema de salud en teoría es bueno, pero opina que la infraestructura del sistema en la realidad no permite que opere de esta forma, ya que no hay suficientes recursos:

¹⁹ Ambos hospitales: el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y el Hospital General “Manuel Gea González” son dos hospitales, de tercer y segundo niveles de atención respectivamente en la “zona de hospitales” en Tlalpan, Ciudad de México. Ambos son pertenecientes a la Secretaría de Salud.

...hay demasiados pacientes y no tenemos un sistema de salud que te aguante tantos pacientes. Y los recursos están mal distribuidos. Tienes hospitales que no tienen mucho y tienes hospitales que tienen todo en el mundo. Siento que en papel funciona bien [...] desafortunadamente tenemos el IMSS, que la capacidad del IMSS ahorita está a tope. Y desafortunadamente vivimos en un país en donde no hay recursos y la gente no puede ir a Médica Sur o no puede ir al ABC [Hospital Inglés]²⁰ y tiene que acudir a otros lugares. Algo que sí pienso que está haciendo mucha diferencia es el Seguro Popular. Le está dando mucha oportunidad a gente que no tiene oportunidad de pagar, en vez de estar yendo al IMSS, ISSSTE, van a hospitales como el MG, como N y el Seguro Popular les está echando la mano. Pero sí, siento que está saturado a más no poder y sí se pueden alocar [redistribuir] recursos (Carlos)

Otra comentó que el problema de administración de los recursos se ve afectado por la corrupción del país:

...a nosotros siempre nos manejan que es falta de dinero. Sin embargo, yo creo que el dinero no llega a donde tiene que llegar, entonces sí creo que es un sistema corrupto. (Tamara)

Agregando a esta opinión, un participante distinto comenta que el sistema educativo se encuentra envuelto en la configuración centralizada del país, en donde los mejores servicios de salud únicamente se encuentran en las grandes ciudades, y en las zonas rurales el acceso a éstos es poco probable:

A nadie le interesa la gente que se está muriendo en los pueblos de México del norte. Todos quieren estar en el centro del país, en los institutos nacionales de salud, dando consultas, demostrando que saben mucho, que son muy buenos, y ganando mucho dinero en los hospitales privados. (Mauricio)

Además de esto, una de las participantes identificó que el espacio social en donde se desempeñan también se ve invadido por el machismo –situaciones que afectan a las estudiantes y a las profesionistas por igual– y que además son propiciadas no sólo por médicos, sino por todos los actores de la situación:

²⁰ Médica Sur y el Hospital Inglés son hospitales del sector privado en Ciudad de México.

P3: ...siempre te van a intentar “tirar el perro”²¹ y siempre te van a intentar poner más obstáculos por ser mujer. Sí se siente.

NR: ¿Qué tipo de obstáculos?

P3: Pues...o te preguntan más, o entonces no te pelan, o entonces le dan prioridad a si tu compañero es médico, o sea, si es hombre...Siempre te van a decir señorita[...] Creo que desde el paciente hasta el adscrito²² te puede poner en situaciones en las que a lo mejor inconscientemente están siendo sexistas. (Nora)

Para finalizar la sección de espacio social, hay que señalar que los seis participantes coincidieron en que la elección de la universidad para realizar sus estudios fue porque es nacionalmente reconocida como la mejor institución de estudios superiores para estudiar medicina, particularmente el campus de Ciudad Universitaria. Hay que considerar este elemento en espacio social debido a que, entendiendo esto, se puede deducir que también operan ciertas jerarquías entre los estudiantes dentro de los hospitales, según la institución en la cual estudiaron. Se ahondará acerca de este tema en la sección de capitales.

4.3. Campo médico

Hablar de espacio social necesariamente va de la mano con la descripción del campo. Como se planteó en el capítulo 2, el campo se compone de una serie de posiciones, las cuales los agentes entrarán en una serie de luchas para mejorar la posición inicial en la que se encuentran. Teniendo esto en mente, primero se exponen las posiciones que los participantes describieron a lo largo de las diferentes preguntas de la entrevista, y posteriormente las luchas que se identificaron en los relatos de los participantes.

En primer lugar es imperativo establecer que se encontró en las entrevistas que el campo médico está dividido de diferentes formas. Una primera división encontrada en los seis participantes fue la que dice que el campo se divide en la vida de la facultad como estudiante y después, el entrar a los hospitales. Necesariamente todos los médicos, al comenzar la carrera, se colocan en una posición pura de estudiantes como lo reconocen:

Creo que sí es muy diferente. Creo que estar en la facultad es todavía sentirte estudiantito. Y estar en hospitales, ya no te sientes tan estudiantito. Ya eres como

²¹ Expresión coloquial en Ciudad de México utilizada para describir cuando una persona expresa atracción sexual por otra persona, casi siempre de manera vulgar.

²² El adscrito es el médico dentro del hospital con mayor nivel jerárquico.

parte del trabajo. O sea, eres parte del trabajo y eres estudiante a la vez...pero estar en la facultad [...] como que no sientes tanta responsabilidad de hacer las cosas. Y pues la vida en la facultad es súper padre, es como estar en una escolita...y el hospital es como...Bienvenido a la realidad. Esto es y es realmente a lo que vienes y no a la facultad. (Tamara)

[En la facultad]salías a las dos de la tarde, llegabas a tu casa estudiabas un rato, hacías la “tarea” y ya te ibas a dormir. Yo creo que cuando entras a hospitales ya tienes que empezar a estudiar un poco más, leer, involucrarte un poco más con los pacientes...Sí cambia. Pasas de ir a la “escuela” a empezar a ir a trabajar e involucrarte en lo que vas a estar haciendo. (Carlos)

Como se puede ver en las citas anteriores, el campo se divide en primer lugar en la vida de un estudiante “normal” y al momento de entrar a los ciclos clínicos en los hospitales, esto comienza a transformarse. Podría decirse que durante estos dos años en donde la vida es de estudiante, las luchas son poco identificables, más allá de obtener calificaciones buenas, por razones que se exponen más adelante en la sección de Capitales.

Una vez dentro del hospital, los estudiantes se encuentran con que el campo no sólo está dividido entre los estudiantes y los “pseudo-estudiantes” que ya comienzan a trabajar, sino que dentro de los hospitales, como describieron todos los participantes, existen posiciones y prácticas específicas a partir de éstas que determinan la forma en que un hospital opera. Aunque todos tocaron el tema de las jerarquías, uno de los participantes describe muy bien las posiciones que él percibió al momento de ser interno:

...el ambiente es por jerarquías. [Está] el médico de base, luego están los residentes²³ desde el 4 hasta el 1, y luego pues estás tú, el interno. Y una de las grandes funciones del interno es conseguir firmas del médico de base que los residentes no quieren conseguir. Entonces es conseguir firmas para que se realicen estudios, para que se dé de alta un paciente, para que se ingrese un paciente, etcétera. Firmas de los jefes. Y los jefes, en teoría, digo esto es del Hospital General²⁴, sus funciones es supervisar y apoyar. Y ser quien es el que toma las

²³ Un residente es un médico que está completando sus estudios de especialidad; el R4 es el más avanzado, el R1 está cursando su primer año de especialidad.

²⁴ Hospital público de segundo nivel de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México

decisiones para la salud del paciente. Pero en la vida real muchos llegan a sentarse a una oficina a no hacer nada o a platicar y se molestan cuando les vas a preguntar algo. (Mauricio)

A pesar de que en la respuesta de este participante se puede leer que existen situaciones problemáticas entre los subordinados y los superiores, también es importante señalar que él mismo aclara “esto es del Hospital General”, por lo que no en todas las instituciones es igual, como es indicado por la Tamara:

[Cuando están] al mando sí hay unos que desde el principio pintan su línea y dicen “yo aquí soy el jefe” y es más hay unos que son como “ni me mires, ni me toques, ni me hables. Si te quieres comunicar conmigo, comunícate primero con el de más abajo y que él se comuniqué conmigo”. Y hay otros más light que pues hasta puedes relacionarte con ellos y otros pues hasta se pasan de la mano, como que se ve que sus intenciones pues...son otras, ¿no? (Tamara)

Es importante enfocar el análisis brevemente en las relaciones de los estudiantes con sus superiores, ya que la forma en que los agentes navegan el campo se construye, en gran parte, a partir de sus relaciones dentro de él. La forma en como interactuaban con sus superiores a lo largo de su trayectoria, variaron en los participantes: desde aquella que comenta nunca haber tenido ningún problema con algún superior y llevarse muy bien con todos, con la cual coincide sólo otro participante; hasta aquel que menciona que una de las peores experiencias que tuvo durante su carrera fue un problema con un superior, con el cual otro de los participantes simpatizó. Los otros dos participantes con respecto a las jerarquías comentaron identificarlas, pero no hicieron más énfasis en alguno de los dos extremos, sino que se mantuvieron neutrales. Esta primera división del campo médico se encuentra representada en la Figura 7 a continuación, que demuestra el movimiento regular de los estudiantes por el campo.



Figura 7: División del campo por los momentos de estudio y las jerarquías hospitalarias.

Fuente: Creado por Freepik; con adaptaciones de la autora

El campo médico no deja de dividirse ahí. La Figura 8 esquematiza brevemente el otro eje de la división del campo médico.

CAMPO MÉDICO: DIVISIÓN POR ESPECIALIDADES

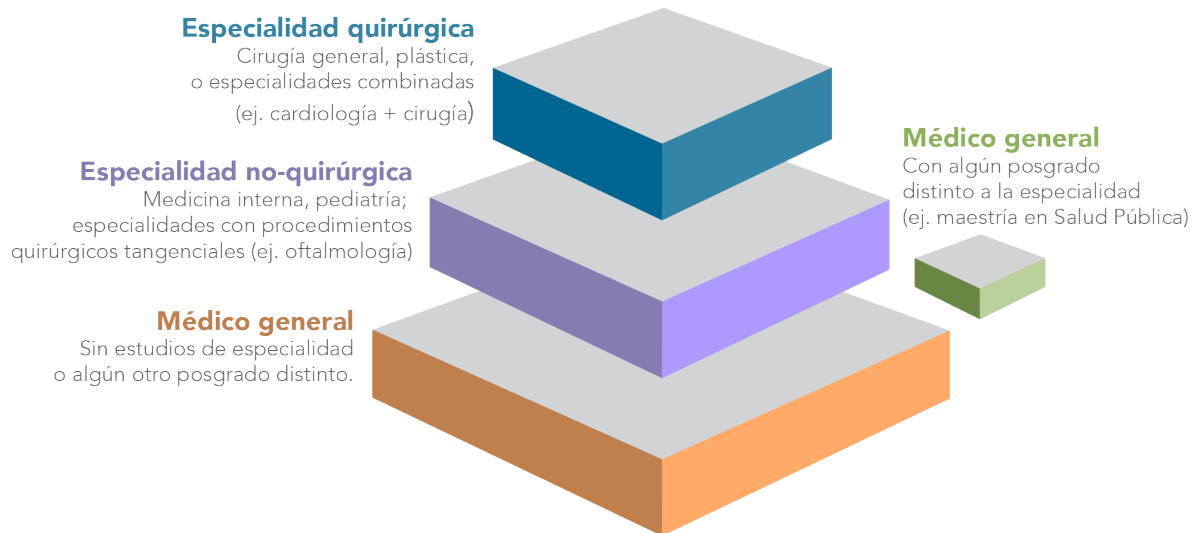


Figura 8. División del campo médico por especialidades

Fuente: Esquema original creado por Katemangostar, tomado de Freepick.es; modificaciones para el proyecto de la autora.

A partir de lo que los participantes describieron, el campo parecería estar organizado, nuevamente, de manera jerárquica a partir de las especialidades médicas. Se identifica que el médico especialista aún tiene ventajas por encima de los médicos generales, además de que las especialidades quirúrgicas tienen una mejor posición que aquellas no quirúrgicas. Cinco de los seis entrevistados coincidieron en que su camino profesional y académico se ve orientado hacia el hacer una especialidad e incluso una subespecialidad, así como actividades de investigación.²⁵ No obstante, dos participantes ilustran muy bien esta característica. Uno de ellos relata cómo reaccionaron sus padres el no elegir una especialidad al finalizar la licenciatura:

...hay mucha presión social, tus propios amigos, la familia... Mi mamá es muy abierta y todo y es médico, pero mi papá no. Mi papá era como “¿por qué? ¿Por qué no eres residente?” entonces eso ellos no lo ven bien, porque los especialistas son los exitosos, son a los que les va bien, son los exitosos. (Mauricio)

²⁵ Se ahondará más acerca de este punto en la sección de Capitales y Génesis del habitus de este mismo capítulo.

La otra participante, incluso dentro del camino de la especialidad médica, cuenta la opinión de sus padres, ambos médicos especialistas en ramas quirúrgicas, de haber elegido una rama distinta de la medicina para su especialidad:

... de psiquiatría no están tan contentos. Ellos querían como algo de cirujanos, no querían algo así. De eso no creo que están tan contentos porque me lo han expresado. (Judith)

La organización del campo no sólo coloca a la posición del especialista en un lugar superior. Todos los participantes comentaron querer llegar a una posición que les permitiera también hacer investigación en un futuro, y cuatro de los seis también recalcaron que una de las características que más se le puede reconocer a un médico es el ser buen docente. Por esto, podríamos decir que, si una especialidad se combina con actividades de investigación y docencia, aquellos médicos que estén en esta posición, se encontrarían por encima de todos en el campo, alcanzando la posición jerárquica más alta. Sólo dos de los participantes comentaron que aspiraban a ser dueños de su propia clínica y una participante comentó tener aspiraciones para hacer cambios a partir de la medicina en alguna parte del sistema legislativo del país.

Finalmente, al analizar las respuestas de los participantes y la forma en que consideraban a cada actor del campo, podríamos identificar también los límites del campo médico que se interpretan a partir de los detalles de los participantes. Pensando en la descripción de Bourdieu, de que los límites de los campos dependen de los pertenecientes al mismo y a quién perciben y aceptan como parte de éste, se interpretó lo siguiente. Al contestar las preguntas que buscaban información acerca del campo, los participantes describen que los actores del campo son no sólo médicos en las jerarquías ya descritas, sino también las enfermeras, los camilleros y trabajadoras sociales. No obstante, los pacientes aparecieron como parte del campo médico únicamente en uno de los casos. El resto de los casos ubicaban a los pacientes como agentes externos a lo que sucedía dentro del campo médico. Sólo una de las participantes los colocó en el espacio social, en un lugar superior al del campo médico, diciendo que eran los médicos los que trabajaban para los pacientes y que, al final, los médicos sólo estaban prestando un servicio. En las entrevistas de los demás participantes, los pacientes no aparecieron como actores del campo.

Como se pudo inferir de los extractos de las entrevistas anteriores, es evidente que dentro del campo médico se libran varias luchas de las que describe el autor francés: entendida como cualquier roce o movimiento que busque como resultado, alcanzar una mejor posición en el

campo. No todas las luchas de este campo son tangiblemente violentas, como son aquellas de querer obtener buenas calificaciones, únicamente identificada por una participante; elegir una buena sede de hospital; o incluso la elección de realizar una residencia, estas últimas dos descritas por dos participantes. Sin embargo, no se puede dejar de lado que todos los participantes reportan haber experimentado roces que, a primera vista podrían descartarse como desacuerdos, pero si se analizan estos roces con más cercanía, a pesar de las posiciones que ocupan sus actores, son claras luchas de poder simbólico.

Una de las participantes plasma muy bien esta lucha de poder entre enfermeras y médicos en el campo:

Te puedo decir que es complicado con las enfermeras porque resulta que las enfermeras pues tienen sus años ya ahí y los que vamos cambiando de hospitales somos los médicos, ¿no? Entonces a veces se sienten dueñas de los hospitales. Y a veces es así como [...] o sea nos habían enseñado cosas nuevas y que las enfermeras te digan “es que aquí no se hace eso”. Pues... A mí no me importa, ¿no? Si se hacía o no se hacía. O sea esta es una instrucción que yo estoy dando como médico. Entonces...eso se tiene que hacer. [...] Otras son muy lindas y te apapachan y así, pero sí hay algunas que se sienten dueñas del hospital. (Tamara)

Los roces con las enfermeras no eran los únicos. Un roce más común entre los participantes fue con los camilleros, ya que tres de ellos los mencionaron. Los camilleros con frecuencia no hacían caso de las órdenes dadas por los internos, como es detallado en el siguiente pasaje:

Es esta parte de trabajo en equipo que es muy necesaria. Que digo, tú como interno te partes en diez, y aun así no logras hacer todo lo que te toca, y el residente se parte en veinte y aún no logra hacer todo, entonces obviamente, pues en servicios de adulto, pues [los camilleros] tienen que bajar a los pacientes, o tú programas y ellos lo único que tienen que hacer es subir y bajar a los pacientes, entonces...muchas veces como que se iban a comer y no los encontrabas, los voceabas y no estaban, entonces tú tenías que hacer hasta la labor de camillero[...] Lo peor es que tú les reclamabas y ellos te amenazaban de irse a quejar de ti con el jefe de servicio, ¿no? Entonces...ellas fueron las únicas personas con las que sí no, no hice click. (Ignacio)

No obstante, otra participante relata que este tipo de experiencias no se quedaba sólo en los camilleros:

...cuando la gente no hace su trabajo y quiere una recompensa extra por algo que es su obligación...eso a mí me sacaba de mis casillas, cañón. Así de: “No...¿sabe qué doctora? No voy a poder bajar al paciente pero pues si me trae una coca, puede que lo piense.” Y tú así de... “eres el camillero y tu trabajo es bajar al paciente a la hora que nosotros te pidamos que lo hagas. Con mucha amabilidad te estamos pidiendo que lo hagas, con tres horas de anticipación te lo estamos pidiendo [...] O que las enfermeras que estaban de guardia de la noche se iban a dormir cuando llevaban trabajando ocho horas porque son la guardia de la noche y se supone que tienen que estar en la noche. Y cuando las ibas a despertar, “oye, puede hacer tal” “Argh,” O así como de muy mala gana. Me acuerdo que los radiólogos igual: “te interpreto esto pero me traes un chocolate”. Es que no necesito traerte un chocolate, a eso te dedicas y por eso te están pagando y ese es tu trabajo y si no te gusta, mejor renuncia. (Nora)

Entre médicos, sólo una de las participantes habló de haber experimentado roces con un compañero, ya que discutieron en frente de un paciente acerca de las tareas de cada quien y a ella le pareció injusto que le reclamara frente del paciente asuntos que debían haber sido discutido en privado. Esto se interpreta como lucha no tanto por la discusión verbal, sino porque el ganar ésta hubiera resultado en una mejor posición ante el paciente. En cambio, tres participantes recuerdan haber tenido de sus experiencias más amargas en la licenciatura con superiores suyos. Una de los roces fue de la misma naturaleza que el descrito anteriormente, en donde el participante fue injustamente reprendido frente a un paciente por un asunto del cual él no tuvo la culpa. Los otros dos relatos fueron más una reafirmación de la jerarquía por parte de los superiores, más allá de que uno pudiera alcanzar una mejor posición, como se narra en el siguiente caso:

Yo estaba buscando una firma para que se fuera un paciente y se tenía que ir ese día, porque la verdad si se queda un paciente tiene que pagar estancia y todo lo que le cobran con esa estancia, todo lo que le dan y así. Entonces fui por la firma y además, pues como es mucha burocracia, hay que firmar no un papel, sino 20. Entonces muchos los que hacen es poner un papel carbón para que el adscrito sólo firme una vez y no se canse. Entonces yo tenía que firmar...eran dos hojas, eh, dos hojas. Fui con el adscrito²⁶, él estaba jugando solitario en su computadora. Fui con la pluma

²⁶ Equivalente al médico de base descrito en la jerarquía anterior por este mismo participante.

porque si no llevas pluma no te lo firman, y le dije “oiga, tal paciente ya se tiene que ir hay que firmar aqui”. Agarró las dos hojas y me dice “No tiene calca, no te lo voy a firmar”. Yo me quedé así...No le dije nada, como que no supe cómo reaccionar porque no pude concebir que eso fuera real. [...] No estaba haciendo nada, nada y no me quiso firmar dos hojas por no llevar una calca para sólo firmar una. Entonces no sé, nunca se me va a olvidar eso, nunca, nunca, nunca. (Mauricio)

4.4. Capitales

Ya que quedó descrito el espacio social y el campo médico, es lógico que se ahonde en los diferentes capitales que participan en la configuración del espacio como tal. Como se hizo en el capítulo dos del presente trabajo, se hablará del capital social, capital cultural y capital económico. Al hablar de capital en este trabajo, se tomaron en cuenta todos los tipos de capital con los cuales contaban los participantes al momento de entrar a la licenciatura, así como aquéllos que fueron invirtiendo; y finalmente aquel capital que buscan obtener a partir de las inversiones realizadas; algo así como el pasado, el presente y el futuro de los diferentes tipos de capitales que manejan.

Todos los participantes que fueron considerados en la muestra de este trabajo pertenecen a la clase media alta de la sociedad mexicana. Esto se dedujo a raíz de elementos que se recuperaron de los datos sociodemográficos de la entrevista como la zona en donde radican y el nivel académico de sus padres y hermanos: los seis viven en zonas urbanas céntricas, con áreas comerciales muy cercanas, y la familia de todos tienen nivel académico universitario. Además, tomando de otras experiencias que relataron a lo largo de la entrevista, se pudo agregar evidencia a esta conjetura, como se relata a continuación.

La mitad de los participantes refirieron haber tenido una experiencia internacional de intercambio para lo cual, aunque se cuente con apoyo económico de la universidad, casi siempre habla de cierta posición en socioeconómica en la familia. Asimismo, como ya mencioné anteriormente, de los seis participantes, cinco recibieron su educación básica y media superior en instituciones del sector privado bien establecidas, lo cual es otro indicador del capital económico familiar. De la misma forma, aquellos participantes que no son originarios de Ciudad de México contaron con algún tipo de apoyo económico por parte de sus familias para poder sustentar el costo de una renta de vivienda a lo largo de seis años y medio que duró la carrera. En general,

podría decirse que todos los participantes tienen el capital económico suficiente para poder estudiar una licenciatura con la cual no podrán solventar sus propios gastos hasta tiempo después de encontrarse ejerciendo la profesión, casi siempre al final de diez años de vida de estudiante. Dos participantes comentan esta situación:

...hasta el año pasado mis papás me seguían dando dinero y la verdad que es una grosería para ellos mantener a alguien que en teoría se está formando en la mejor universidad del país y no puede hacer nada todavía. Y ni siquiera desde el internado [...] te está ocupando todo tu tiempo y no puedes ni comer una semana porque es muy poco [lo que pagan]. Y en el servicio pues peor, porque hay gente a la que no le pagan, y hay gente a la que le pagan más o menos. Pero aún así los que ganan más es un salario que no te alcanza para vivir. No te alcanza. (Mauricio)

Aunque ellos dos tocan tangencialmente el tema de capital económico, el dinero no fue un contenido recurrente en las entrevistas. Hay que señalar que Mauricio es el único de los participantes que no se encuentra realizando una especialidad, y del resto, sólo una no se encuentra encaminada hacia una rama quirúrgica de la medicina, rama que es conocida por la remuneración económica que se obtiene a futuro. Es decir, cuatro de los seis participantes comentan estar orientando su carrera profesional hacia la cirugía o una rama que implique procedimientos quirúrgicos, que son los mejor reumunerados económicamente hablando.

En cuanto al capital social, entendido como las credenciales que un agente obtiene como beneficio de pertenecer a un grupo, hallé lo siguiente. Al inicio de la licenciatura no encontré información abundante de un capital social ya que no pertenecían a un grupo como tal que les proporcionara beneficios por su pertenencia. Únicamente uno de los participantes comentó que, sus padres, al ser médicos, le proporcionaron a él la facilidad de acercarse con colegas suyos para explorar el campo entrando a cirugías o asistiendo en sus labores, antes de entrar a la facultad. Además, es pertinente recalcar que los entrevistados oriundos de Ciudad de México reconocen los beneficios de formar parte de una familia que radica en el mismo lugar y que muchas veces las comodidades que esto implica pueden influir sus movimientos dentro del campo, como la elección de una sede hospitalaria. Y más allá de esto, cinco de los seis participantes, en sus relatos dejan entrever que sus familias de origen son solidarias y les proporcionan apoyo, lo cual podría darse por sentado por no tener la forma típica de capital social, pero se toma como tal ya que para el desempeño de cualquier estudiante, así como para el desarrollo de su habitus, contar

con apoyo familiar –de la forma que sea– tiene un peso importante. Incluso con el paso de tiempo, este capital social sí llega a tomar una forma más típica de pertenencia-beneficio que narran muy bien dos participantes, en donde coinciden que simplemente por ser estudiantes de medicina, personas fuera del campo les conceden un trato especial:

...[ante la sociedad] un médico es casi un dios, en los pueblos y aquí [...] y me pasaba con mis novias, de que “este sí, porque está estudiando medicina” Y llegabas con la bata y las suegras se sorprendían, y sólo porque ¡tenías una bata! (Mauricio)

Nora: ...Creo que estos años que yo tengo el tiempo más corto le dan mucha importancia a mi tiempo libre y como que le dan un poco de prioridad [su familia].

NR: Sería como, “ahorita Nora puede y entonces nos apegamos a eso.”

Nora: Exacto, creo que eso sería la única cosa que es porque estudio medicina y tengo menos tiempo. Mis exámenes eran prioridad, mi tiempo era más prioridad y ellos se adaptaban más a mi de lo que yo me tenía que adaptar a ellos. (Nora)

Al volcar la mirada hacia la operación de los capitales sociales dentro del campo y no tanto con respecto a los actores externos a él, otras formas de capital social se materializaron en las entrevistas. Cinco participantes mencionaron que a lo largo de la licenciatura fueron creando amistades que incidieron en gran medida sus trayectorias académicas, y tres de ellos coinciden en que la elección de un hospital se decidía en gran medida por el lugar a donde iría todo el grupo de amigos. En este nivel, esta forma de operar del capital social sería a nivel simbólico: se podría entender que entre el grupo de amigos, el beneficio que obtenían era el de un camino dado acompañado, por el cual tendrían que luchar para mantener su promedio, que es otro tipo de capital, y que no terminarían por separarse. La participante diferente, quien comenta haber llevado relaciones temporales, más que duraderas, hasta el comienzo de su especialidad, hay que señalar que tiene la particularidad de no haber sido parte de los grupos del Programa de Alta Exigencia Académica (PAEA). Esto hace que la cantidad de alumnos en los grupos sea considerablemente más grande y la probabilidad de un grupo distinto cada semestre una muy alta, lo cual dificulta la formación de un vínculo afectivo de amistad, a diferencia de los grupos del PAEA, que por ser grupos más pequeños y con menos alumnos, la posibilidad de llevar las mismas clases con los mismos compañeros era alta.

De la misma manera, tres participantes en sus narraciones incluyeron la experiencia benéfica que fue el acercarse a un tutor de investigación mientras estudiaban la licenciatura, ya que esto no sólo les ayudó a decidir acerca de su orientación profesional, sino que también el tener un tutor a quien ayudarle en sus investigaciones y ser parte de su equipo de trabajo traía como ganancia en una especie de capital distinta; estas ganancias eran elementos como publicaciones de artículos de investigación, oportunidades para aprender y practicar en sus consultas y en sus proyectos; todo esto se transformaba fácilmente en capital cultural en el otorgamiento de constancias con valor curricular. Pertenecer a un grupo de investigación liderada por tutores de peso en el hospital también puede ayudar en el sentido extendido, como la oportunidad de apoyar a sus amigos. Uno de los participantes cuenta que al solicitar una plaza de servicio social con el tutor que él ya conocía por haber trabajado antes con él, sucedió lo siguiente:

...uno de mis mejores amigos estuvo en el Gea conmigo en el internado, nos hicimos muy amigos. Entonces le comenté a mi tutor [acerca] de él, y mi tutor lo aceptó también a él. (Ignacio)

Fue recurrente que en el contenido de las entrevistas apareciera el tema de la gratitud de los pacientes. Tres de los participantes hablaron de que la gratitud de los pacientes es lo que más aprecian de lo que hacen, un ejemplo:

Una paciente llegó con una carcinomatosis peritoneal, o sea ya, encharcada de cáncer. Venía amarilla, ya prácticamente el pronóstico de la paciente no era nada bueno. Yo decidí ingresarla, le dije al residente que había que hospitalizarla, me dijo que sí, y se hospitalizó. Y ya que se estaba hospitalizando llegó el esposo y me dio una bendición súper bonita y yo creo que de las experiencias más gratificantes. (Carlos)

Esta gratitud puede ser interpretada de dos formas. La primera, es que los pacientes, al sentirse agradecidos, reconozcan el buen trabajo de los médicos y a la larga puede representar que estos pacientes los recomienden entre sus conocidos y el beneficio de esta gratitud sea un mayor número de pacientes; hay que mencionar que esto es meramente una interpretación y que ninguno de los participantes lo menciona como tal. La otra interpretación de este reconocimiento no es considerada como capital social, pero será abordada en la sección de habitus, ya que también es pertinente en esa sección.

El reconocimiento por parte de los pacientes no es el único al que los participantes se refirieron. Uno de ellos habló de que para él, el ser reconocido por un superior también era importante. Al preguntársele qué experiencia había sido la más gratificante de toda su experiencia como estudiante, relató acerca del día en el que un superior suyo le reconoció un trabajo bien hecho:

...ese día [tuvimos] una guardia muy densa y pues yo me dediqué a que enfermería le sacara las muestras [a una paciente grave], yo ingresar todo todo, subir el cruce para ver el paquete globular, todo, todo, todo, todo, total llegó el cirujano entonces me dijo “oye, pero es que las muestras que traía [la paciente] no servían” y entonces yo le dije “aquí están”, ya estaban impresas y todo, le dije “ya aquí está todo”. Y él se quedó como impresionado y me dijo “¡Te amo!” No sé, sentí muy bonito porque o sea, viniendo de un cirujano plástico estuvo muy padre que me reconocieran esta parte como de esfuerzo, como de saber que tengo 10 mil cosas que hacer pero no dejé como de lado a ese paciente y que a él le ayudó bastante pues, el que yo me ocupara de las muestras. (Ignacio)

Este tipo de reconocimiento se categorizó como capital social porque el contar con el apoyo de un superior dentro del campo puede traer consigo beneficios, como de protección ante castigos de otros superiores, de mejores asignaciones de tareas en el hospital y una retroalimentación útil al realizarlas y de recomendaciones ante los demás superiores.

Finalmente, en cuanto a las formas de capital cultural encontradas en el contenido de las entrevistas, se descubrió lo siguiente. Al iniciar la carrera, el capital cultural operante básicamente es el encarnado, en donde en cinco casos, como ya se mencionó anteriormente en el enfoque del capital económico, cuentan con estudios de educación básica y media superior en instituciones privadas y el dominio de un segundo idioma adicional al español. Además, los seis participantes son provenientes de familias en donde ambos padres cuentan con educación superior y ellos y los hermanos cursan o están encaminados a cursar una licenciatura, que además de representar el nivel de capital económico, también se tiene que considerar como capital cultural, ya que necesariamente, el estudiante experimentará la universidad de forma distinta que aquellos quienes son los primeros de su familia en asistir a la universidad. Las ventajas de este capital cultural encarnado van desde el acceso a información en idiomas diferentes para estudiar, en algunos casos la disciplina de estudiar constantemente y para aquellos que sus familias

pertenecían al campo médico, el conocimiento del funcionamiento del campo por mera exposición familiar a él.

Como igualmente se mencionó en la sección de espacio, el estudiar en la universidad nacional juega un papel importante. Los seis participantes hablaron de elegir la UNAM campus Ciudad Universitaria por ser reconocida a nivel nacional como la mejor escuela de medicina, lo cual podría interpretarse como el querer pertenecer a cierta élite de los mejores médicos en México. Por esto mismo, el capital cultural objetivado al finalizar la carrera de obtener un título de la UNAM es algo que los participantes buscan activamente obtener. El acumular este capital en específico los coloca, aparentemente, en una posición jerárquica superior en relación con otros médicos.

Una de las entrevistadas mencionó un elemento que, en mi opinión, opera como capital cultural simbólico con más fuerza que cualquier otro tipo de capital a lo largo del curso de la licenciatura. El promedio académico de los estudiantes se vuelve el capital que les permitirá movilizarse más que el capital económico: es el capital simbólico con el cual pueden elegir una sede por encima de otra y entre más alto el promedio, mejores posibilidades de alcanzar el hospital de renombre de su elección. El funcionamiento del promedio como capital cultural simbólico no puede ser más claro elegir una sede para hacer el servicio social, como lo describe la única participante:

Yo creo que es súper desigual. Porque por ejemplo, si es por promedio tú vas a elegir [...] todos los que de plano pasan de cierto promedio [bajo] ya se tienen que ir a comunidades. O sea está muy bien esa experiencia [de irse a una comunidad] pero sí hay ciertas comunidades en las que ni siquiera tienen el apoyo del gobierno, entonces no creo que sean experiencias muy padres. (Judith)

Es decir, si el estudiante no obtiene buenas calificaciones a lo largo de la licenciatura, las opciones para elegir hospitales se van reduciendo, hasta no tener “de otra”. No todos los estudiantes de la matrícula van a poder obtener el primer lugar en promedio, por tanto, no todos los estudiantes van a poder ocupar las plazas en los hospitales más solicitados, por lo que la distribución de este capital es desigual, como lo dice la cita anterior. Los demás participantes hablan de poder elegir la sede que más les convenía, sin visibilizar que contaban con el capital cultural simbólico para lograrlo.

Otro tipo de capital cultural simbólico específico que se acumuló durante la licenciatura, además del promedio, apareció en tres ocasiones: la realización de un periodo escolar en movilidad internacional. Dos de los participantes cursaron rotaciones del internado con una duración de dos meses en Estados Unidos, y la otra participante cursó un semestre del internado en Francia. Además de representar una oportunidad para “escapar” del internado como uno de los participantes planteó, agregó también a su carga de capital cultural en dos sentidos: en el valor objetivado, por el peso curricular que tiene un intercambio, como a un capital cultural encarnado que quizá no opera como capital dentro del campo médico, pero sí en el espacio social.

Se exploró también el valor del capital cultural simbólico de la bata blanca a lo largo de la carrera. Las experiencias y opiniones en torno a este tema variaron, pero todos coincidieron en que el significado de la bata se va transformando a lo largo de la licenciatura. Una de las participantes relata que al inicio, ella no se sentía cómoda utilizando la bata:

Al principio como que no me importaba tanto [...] pero se sentía raro que desde el día uno ya te dijeran como “ustedes ya son doctores” y no sé qué. Creo que desde el principio la UNAM se pone a la tarea de hacerte creer que ya eres médico. Y creo que sí es algo que para mí, me ha costado trabajo yo creo. Como ponerme bien en el papel. [...] Yo no me la creía. Como que decía “sí, estoy estudiando medicina, pero no soy doctor, eh. Estoy estudiando apenas” (Nora)

Tres participantes, sin embargo, relatan que desde un inicio se sintieron orgullosos de portarla pero que mientras avanzaban en la licenciatura, se percataban de que había situaciones en las que había que usarla de forma responsable: un participante habla de los riesgos de llevar batas contaminadas a lugares públicos fuera del hospital, y él y otra participante coinciden al describir la responsabilidad social de traerla puesta y de asumirse como médicos al portarla. El otro participante menciona que al percatarse en su experiencia de movilidad que en Estados Unidos casi nadie la usaba, que no era tan necesaria para hacer un buen trabajo, pero reconoce que en México la bata tiene un “poder mágico”, en donde incluso alguien sin título médico, al portar una bata, obtiene automáticamente ciertos privilegios por usarla, como son la entrada a los hospitales sin necesidad de identificarse personalmente.

Para los participantes, la acumulación de capital cultural a futuro parece recaer en las actividades de investigación, la actividad docente y la especialización.

Tres participantes hicieron énfasis en la importancia de realizar actividades de investigación a lo largo de la carrera. Uno de ellos en particular hace énfasis en las publicaciones que logró tener gracias a realizar el servicio social en investigación, que es un tipo de capital cultural objetivado, ya que, como en todo ámbito académico, las publicaciones tienen valor curricular. Además, cuatro participantes tienen como ejemplo a seguir a médicos con mucha actividad de investigación y docente y mencionan querer ser como ellos:

No hay como una persona en específico pero sí hay un patrón específico que es mi ejemplo a seguir. Los doctores, los médicos que tienen doctorado. Y que dirigen su propia línea de investigación. Que además de ver pacientes, hacen investigación clínica, tienen su laboratorio, y ahí publican y están en constante actualización...o sea es como mi idea, como mi ejemplo a seguir. (Ignacio)

Es decir, el que los participantes hayan expresado el deseo de realizar actividades de investigación es un indicador de que éstas traen consigo capital cultural simbólico importante para un reconocimiento, tanto entre colegas como externo al campo médico, de ser considerado un buen médico.

Aunado a esto, los participantes también refirieron con frecuencia admirar las cualidades en profesores suyos que son dedicados con sus alumnos, como lo explicitó Tamara:

...ellas dos marcaron mi vida porque eran muy buenas; eran muy buenas dando clase y no sólo eran muy buenas, sino les gustaba dar la clase y no sólo les gustaba enseñar, sino que se preocupaban porque aprendieras. En esta época es muy difícil que tú encuentres a alguien que se preocupe porque tú aprendas. A veces están muy preocupados por enseñar pero no porque la gente aprenda. Entonces...me gustaba mucho. (Tamara)

Nora también expresó admirar en particular a un docente que además de interesarse por sus estudiantes, hacía el aprendizaje de la medicina aparentemente más sencillo, sin ser punitivo:

...es el tipo de persona que le encantan los estudiantes, entonces le encanta estar dando clases, a mí siempre me está explicando algo, a pesar de que ya muchas veces me dice como “eso ya lo sabes”, pero siempre que tengo alguna duda me la explica, así sin emitir ningún juicio. Me explica y le interesa que la gente aprenda y que tú lo razones. Te da una clase y al final tú crees que tú la diste porque tú la dedujiste toda.

Porque te quedas así de “guau, ¿yo cómo sabía tantas cosas?” No, él te iba llevando de la manita. (Nora)

Como se tocó en la sección de campo, la especialidad médica es determinante en la estructura. Por lo tanto, es necesario retomar la importancia que le otorgaron los participantes a la realización de una especialidad, ya que esto también es indicador de que la especialidad funciona como capital en el campo. Como ya se dijo, cinco de los seis participantes estaban encaminados a realizar una especialidad y una subespecialidad:

Mi tirada o sea después de esto es tener mi propia clínica de traumatología. No sé si me de chance en algún momento hacer una sub[especialidad]. Me gustaría hacer una subespecialidad en pediatría, ortopedia pediátrica, y ya después abrir mi propia clínica. (Tamara)

No obstante, Mauricio mostró la particularidad de declararse en contra de este posicionamiento. Para él, tanto sus planes a futuro como sus ejemplos a seguir se encuentran comprometidos con la transformación del país hacia un lugar con menos desigualdades sociales, no necesariamente desde una postura de especialista.

Únicamente él y Judith refirieron que para ellos, un buen médico debe saber de más cosas, además de la medicina:

...que sea completo, o sea que sepa mucho de medicina, de su especialidad, pero no sólo eso, o sea ser humano completo, o sea saber historia, ciencias sociales, conocer el contexto de cada paciente...Me gusta saber que son personas cultas. (Judith)

La Figura 9 en la siguiente página esquematiza los tres tipos de capitales que se presentaron como hallazgos en esta categoría.

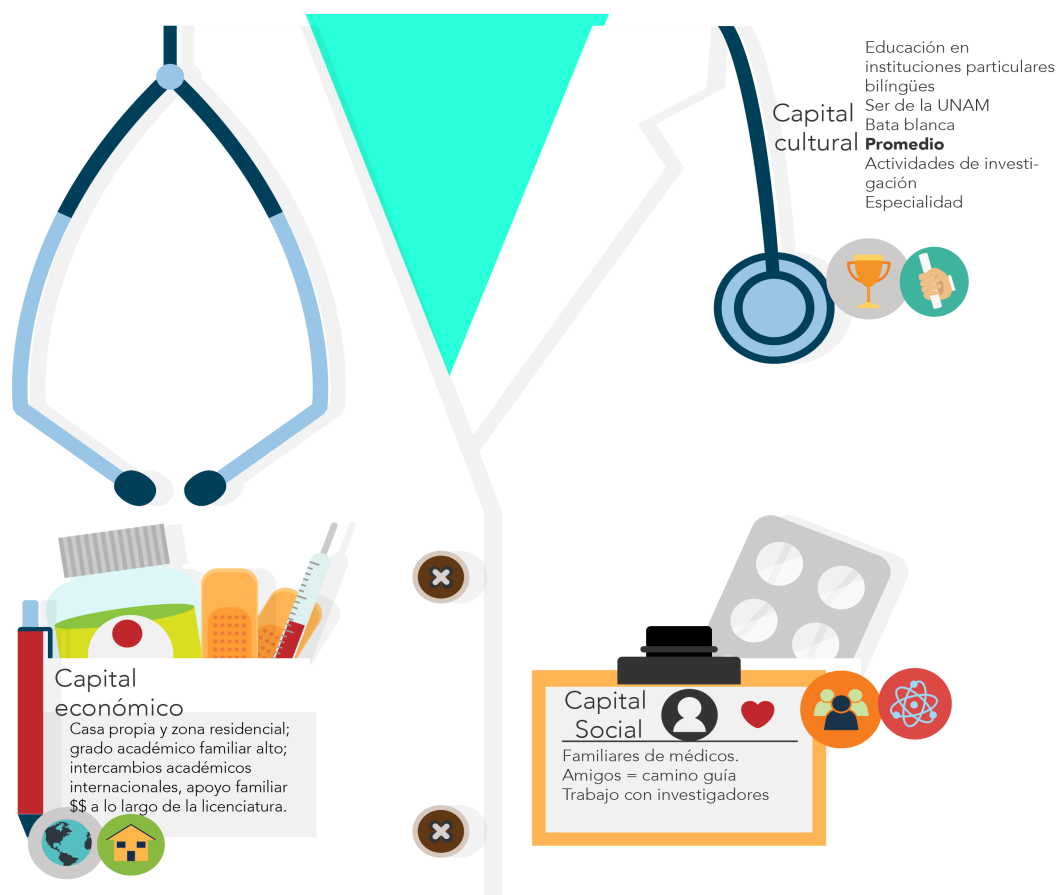


Figura 9. Resumen de los hallazgos de la categoría de capital.
 Fuente: Obtenido Freepik.es; con adaptaciones de la autora

4.5. Génesis del habitus

Ya que describí los hallazgos que son circundantes al habitus en las entrevistas, procede comenzar a detallar el habitus, comenzando por identificar los procesos que consolidan su formación. Como fue descrito en el segundo capítulo de este trabajo, la génesis del habitus a partir de un sistema educativo se compone de dos procesos fundamentalmente: la inculcación y la incorporación. Además, es importante considerar en la génesis del habitus otro concepto abordado por Bourdieu ya que es tangencial a las acciones pedagógicas: la violencia simbólica, entendida como la imposición de arbitrariedades culturales como resultado de un proceso educativo institucional. Por lo tanto, el análisis de la génesis del habitus giró en torno a estos tres elementos, explorados en las entrevistas a través de preguntas que investigaban la preparación de los estudiantes directamente, sus experiencias en la facultad, en los hospitales, su sensación de lo que mejor aprendieron y lo que cambiarían de su proceso de formación.

Con lo que respecta a la inculcación del currículo propuesto en el plan de estudios, se analizó la información que tocaba directamente elementos del plan de estudios: desde la organización, el contenido de las asignaturas, hasta su impartición por los profesores. La disposición de los hallazgos del proceso de inculcación se presenta a continuación de forma aproximadamente cronológica correspondiente al plan de estudios, para que sea más sencilla su aprehensión.

Dos de los participantes coinciden en que los ciclos básicos se imparten adecuadamente y que su contenido es pertinente para lo que requieren en los siguientes años de su preparación. No obstante, otros dos participantes opinan que hay contenidos que ya no recuerdan debido a que nunca utilizaron ese conocimiento, uno de ellos lo atribuye a que el contenido a veces resulta excesivamente especializado:

Por ejemplo inmunología, pues sí, [te aprendes] que los linfocitos y no sé qué. Pero por ejemplo en una biometría hemática, nada más ves la cantidad y listo. O sea, está padre que alguien se lo sepa y me encantaría recordar todo eso, obviamente, pero es muchísima información. Tienes solamente cabeza para lo básico. (Ignacio)

Así, tres de los participantes coincidieron en la percepción de que lo aprendido en los ciclos clínicos les resultó más útil para lo que les siguió en su trayectoria académica, particularmente para el internado. Uno de los participantes se refirió a esta parte del plan como “una embarrada rápida de todo lo importante” (Ignacio). Fue un consenso entre la mayoría que esta parte los empezó a preparar al trato con los pacientes. Pese a esto, una de estas participantes comentó al preguntarle qué pensaba acerca de su preparación para el año del internado, sintió que hubiera requerido más:

Llegas al internado y te das cuenta que no sabes muchas cosas, y a lo mejor yo diría que faltaría más clínica desde un principio. Porque hay otras escuelas que sí desde más jóvenes te mandan a clínicas y que hagas varias cosas. Porque en eso sí notaba como de escuela a escuela, que otros ya sabían procedimientos manuales y por ejemplo en la nuestra no mucho. Entonces yo diría que sí falta mucho más énfasis en lo clínico. (Judith)

Contrario a estas opiniones, un participante consideró que el problema más grande del proceso de aprendizaje en los médicos comienza en los ciclos clínicos, porque es cuando

justamente, al ser “embarrados” de todas las especialidades, comienzan a aprehender la medicina por especialidades, es decir, a internalizar el campo médico en su división especializada:

...Nunca te llevan a un centro de salud en los ciclos clínicos a dar consultas. [...] Y en teoría tu primera actividad terminando la carrera de medicina para mí debería ser esa - deberías ser capaz de ir a un centro de salud a una población necesitada, muy necesitada que existe en nuestro país. [...] te empiezan a enseñar como todo lo que hacen las especialidades pero nunca lo aterrizan a tú como médico familiar, cuál es tu responsabilidad con las especialidades, que tiene una función muy importante el médico familiar, como primer contacto y luego las especialidades. [...] aun así aprendes las enfermedades de cada especialidad, escuchas por ahí cómo se tratan [...] Pero aún así no aprendes, casi no das consulta, no aprendes muy bien a cómo tratar a un paciente, no aprendes cómo tratar, cómo dar un medicamento porque no lo haces y no aprendes a cómo prevenir y hablarle a la gente de eso. (Mauricio)

Conjuntamente, una de las participantes converge con esta opinión, comentando que un elemento de la forma en que se les inculca la medicina es entendiendo a la persona por secciones, en lugar de a un ser completo, lo cual desearía fuera distinto. El hecho de que se inculque la medicina segmentada – tanto a nivel teórico, en los aparatos y sistemas de la persona, como a nivel práctico, en la división especializada de la clínica, va construyendo un habitus que comienza a replicar el campo médico existente, temática que abordo más a profundidad más adelante al hablar de la incorporación.

En cuanto a las asignaturas optativas, hubo opiniones distintas. Tres participantes no comentaron nada con respecto a éstas. Un entrevistado comentó que las optativas deberían ser verdaderamente opcionales, que no tuvieran que tomarse para cumplir con los créditos para concluir la carrera, sin comentar acerca de su contenido. No obstante, otro par de participantes sí relató que los contenidos de éstas eran demasiado especializados y que la falta de existencia de asignaturas con contenido referente a las humanidades o ciencias sociales era sentida:

En realidad te meten más materias de medicina. Más materias de especialidad. Radiología, hay materias muy específicas como Consumo de alcohol. Que no crea que no son importantes saberlas, yo tomé por ejemplo la de alcoholismo, y es algo que un médico general familiar lo tiene que saber hacer, y es un problema de salud pública actual. Pero hay optativas de oncología médica, que digo, está bien saberlas

pero tampoco...creo que hay otras cosas como Antropología, Sociología o incluso reforzar Psicología y salud Mental, sería más importante pero no te las ofrecen. O incluso arte, incluso danza, como otras cosas...que te pongan a hacer ejercicio que te van a servir más como persona y como médico general. Por lo menos cuando yo estaba no había mucha variedad y realmente que te digan que puedes hacer lo que sea con ellas...cuando las opciones no lo promueven, pues no es cierto. Pero yo sí me acuerdo que yo tomé que se llama México Nación Multicultural. Yo tomé esa porque dije, bueno, suena algo como distinto. (Mauricio)

En general, tres de los participantes refirieron sentirse insuficientemente preparados para abordar un paciente y estar seguros de estar tratándolo de forma adecuada. Una de ellas centró su comentario alrededor de los ciclos básicos y los otros dos sí comentaron haber sentido que incluso terminando ciclos clínicos aún sentían que tenían que reforzar varios conocimientos para poder tratar a un paciente.

Las clínicas yo creo que te preparan bastante, sobretudo en la parte de saber identificar, diagnosticar, [pero] creo que le falta un poco la parte de tratamiento; siento que no te dan todas las herramientas para que tú te sientas 100% seguro a la hora de tratar al paciente [...] como a la hora de recetar algún medicamento a lo mejor no tienes la confianza al 100% para presentar cualquier cosa sabiendo, teniendo la certeza absoluta de lo que estás haciendo está bien. Y eso lo agarras mucho en el internado. (Nora)

Coincide con esto otro de los participantes, diciendo que la relación médico paciente no es algo que él considere que se pueda enseñar, sino que más bien, es algo que con la práctica se va desarrollando. Sólo uno comenta la utilidad de llevar la materia de Integración Básico Clínica, que apunta justamente a combinar los conocimientos básicos con los clínicos aplicados a la persona, pero reconoce que fue por la profesora que les impartió la asignatura; independientemente de esto, considera que fue la asignatura que mejor lo preparó para el trato con los pacientes porque les llevaba personas reales para que practicasen con ellos. En otro caso, el entrevistado comentó que ésta no le había servido para nada.

Otro de los participantes opinó que el contenido de lo que se revisa en los ciclos clínicos y los básicos “no sirven” para el internado:

Realmente el internado lo podría hacer cualquier persona que está en la calle, la agarras –por lo menos en donde yo lo hice– lo pones ahí y va a funcionar igual. A lo mejor no va a ser el mejor interno de todos, pero va a funcionar igual que cualquier estudiante de medicina promedio. Para mí eso es el internado. Pero realmente esos cuatro años de formación no te sirven de nada. [...] Pero realmente tú no [haces] [...] ninguna diferencia, ninguna de tus decisiones van a impactar al paciente, no te dejan que te involucres con él, ni siquiera te dejan aportar. (Mauricio)

Estas opiniones diferentes convergen en que parecerían indicar que la formación académica, cuando se trata del acercamiento con el paciente, es inherente a algo distinto que no es el plan de estudios y las asignaturas planteadas para esto. Parece ser que, el trato con el paciente es algo que se va incorporando en lugar de inculcando, a partir de la observación y el sentido común, que, a con el paso del tiempo, encarnará en el habitus el sentido práctico del médico al tratar un paciente, por lo que resalta que esta observación del campo y el “sentido común” (delimitado por las experiencias previas del agente) influyen de forma considerable en la manera en que los médicos aprenden a tratar a sus pacientes.

Además con respecto al internado, varios reconocen que lo que se pide en el plan de estudios, por la forma en la que se lleva a cabo, es difícil de cumplir. Es decir, tres de los participantes reconocen que no hay tiempo para estudiar de los libros ya que el tiempo que pasan en el hospital consume mucha energía y tiempo; hablan de que la forma en que se inculca el conocimiento en este momento es a través de la práctica:

En el Internado para nada llevas el temario. Creo que nosotros nada más lo completamos en gineco[logía], y nada más, y a duras penas...Porque entre que todos estábamos muy cansados y las clases empezaban a...a veces los doctores estaban muy ocupados, como que les surgía alguna cirugía o algo, entonces no podían dar la clase. [...] [En el internado] ya no vas a poder estudiar nada. O sea, creo que puedes estudiar, vas a aprender muchísimo [...] pero no va a ser de los libros. Todo lo que tengas duda y lo quieres leer, mejor léelo de una vez. Vas a aprender porque lo vas a ver todo el día en las indicaciones o porque lo vas a escuchar todo el día en la consulta, o porque vas a ver dos pacientes con apendicitis entonces vas a saber diagnosticar apendicitis. Pero no porque lo hayas leído en un libro, sino porque lo vas a practicar muchas veces. (Nora)

Sumado a esto, cuatro de los participantes también comentaron que el internado es el año en el que sintieron que realmente pusieron en movimiento los conocimientos que habían adquirido en los primeros años, ya que era cuando ellos habían estado a cargo de los pacientes, particularmente en el servicio de urgencias:

Yo creo que ha sido el mejor año. Porque yo creo que te curtes como médico. Es como el primer paso en donde que tú tienes el primer contacto y manejas al paciente...entonces, depende del servicio. [...] en urgencias de adultos, nosotros manejábamos al paciente 100% nosotros. Obviamente con la guía del adscrito, pero quien hacía la receta y lo diagnosticaba eras tú, entonces eso me gustó muchísimo.
(Ignacio)

Es pertinente mencionar que durante el internado, aunque depende de la sede en donde se realice, también existen diferencias entre lo estipulado en el plan de estudios como las actividades esperadas del médico interno de pregrado, y lo que sucede en la realidad, como lo narra en su entrevista Mauricio:

Mauricio: ...en esa hora muchas veces nos tocaba ir por el desayuno. Entonces íbamos a preguntarle a cada quién como qué quería de desayunar, [e] íbamos por el desayuno...

NR: Pero...porque era su labor, ¿ir por el desayuno?

Mauricio: No está establecido así institucionalmente, pero digo hay muchas normas además de las institucionales que a veces pesan más que éstas. Entonces ya era como algo establecido entre estas personas de este hospital que pues los internos tenían que ir por el desayuno.

Al llegar al año de servicio social, cuatro de los participantes relataron que su decisión giró entorno de aprender elementos que no habían cubierto durante sus años de formativos, por lo que es claro que el servicio social no se entiende tanto como un servicio a la sociedad, sino como una última parte de la formación de sus carreras:

Judith: A mi me tocó en un área que se llama Área de Coordinación de Donación, entonces estamos encargados de detectar a los potenciales donadores...Entonces lo checas en áreas como urgencias y terapias intensivas porque son pacientes que van a morir, pero tienen que ser muertes principalmente encefálicas para que puedan donar sus órganos. Entonces nos encargábamos desde la detección del paciente

donador hasta el final que ya se completa la donación y agradeces a la familia por el haber donado. Entonces todo ese proceso lo hacíamos nosotros.

NR: ¿Y por qué escogiste ese servicio social?

Judith: Porque honestamente en medicina nunca te dan esa materia entonces dije, “pues es algo diferente” y también puede complementar lo que no nos dieron. Nunca nos hablaron de donación.

Estos cuatro participantes ubican componentes del Sistema de Salud en México que no se abordan en el currículo real, como la ética de investigación, la epidemiología hospitalaria, conocimientos acerca de medidas de salud pública como campañas de vacunación, la operación de procesos administrativos del hospital y procesos como la donación de órganos, volviéndose temas que sólo se tocan si los estudiantes eligen un servicio social que se los enseñe como uno en investigación en un hospital.

El compromiso y el interés de los profesores son factores que influyen considerablemente en el proceso de la inculcación, según dos de las participantes; una de ellas cree que podría ser mejor, particularmente en los ciclos impartidos en los hospitales, ya que con frecuencia sus clases eran canceladas. Aunque esto también se comentará al momento de hablar de incorporación, ya que las características de los docentes también son incorporables, en cuanto a inculcación, la participante identifica que muchas de las clases que tomó eran malas debido a que el docente no se interesaba por dar la asignatura que le correspondía, o la dejaba hasta el último. Esto influye en el proceso de inculcación debido a que un docente poco comprometido con su grupo de alumnos obstaculiza el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En cuanto al proceso de incorporación, se identificaron diferentes elementos a lo largo de los relatos de los estudiantes que caían dentro de la génesis del habitus más allá de la inculcación. En primer lugar, y como ya se abordó brevemente en la inculcación, una de las participantes mencionó e hizo énfasis importante en que la forma en que los profesores imparten las asignaturas tiene una fuerte influencia en su proceso de aprendizaje. Ella relata:

Creo que llega un momento en el hospital, sobre todo en las clínicas, en que las clases de los alumnos es como...lo menos importante. Entre la junta, el paciente, o la cirugía o lo que sea, pues obviamente. “Cancelo la clase y ya”, como que se les hace muy fácil... (Nora)

Que esto suceda, predeciblemente tiene efectos en la inculcación, pero también se consideró que esto es algo que los estudiantes también comenzarían a incorporar en su habitus tarde o temprano. El que un profesor le dé mínima importancia a una clase, hace que los alumnos comiencen a hacer lo mismo, no sólo como estudiantes, sino que a futuro, este tipo de acciones se repliquen. El contar con profesores comprometidos, en donde esto suceda con menos frecuencia, por lo tanto, también haría que un habitus no lo incorporara en su conformación.

A estos hallazgos hay que agregar que otra participante indica que al ingresar como estudiante al hospital, se van dando cuenta que si ellos no preguntan o no participan, los médicos que son sus profesores no se detendrían a enseñarles, por lo cual, ella considera que hay que ir desarrollando la iniciativa de indagar y obligar de cierta forma a los docentes a que les enseñen, ya que de otra forma los estudiantes se van rezagando.

En contraste con esta línea de la participación y hacer preguntas, dos de los entrevistados refirieron que, mientras avanzaban en la licenciatura, comenzaron a desarrollar vergüenza de preguntar durante las clases, ya que no querían ser el estudiante que no había estudiado lo suficiente y que por eso no sabían. Aunque no identificaron la razón de que esta vergüenza se desarrollara, conforme avanzan en la licenciatura se hace muy presente; una de las participantes dice:

A veces nos da muchísima pena preguntar como si fuera pecado no saber [...] porque creemos que venimos de cuatro años y medio de carrera de estudio y se supone que tendríamos que saber muchas cosas y no. No, porque no tenemos la experiencia, y se nos pueden olvidar muchísimas cosas entonces...es mejor preguntar a que llegues al servicio y digas... “chin, ¿por qué no lo pregunte?” o “¿Por qué no fui más participe?” y no fuiste más participe porque te daba pena de que fueras evidenciada al hecho de que no supieras. [...] a mí sí me pasó que por el hecho de no preguntar por el “chin, ¿qué van a pensar de mí que no sé? Entonces mejor no pregunto” y te quedas con la duda y cuando te toca hacerlo a ti, es “chin, ¿por qué no pregunté?” y te toca hacerlo a ti y preguntarlo después. (Tamara)

Esta información se acomoda en incorporación porque es, según estas participantes, algo que es frecuente en estos estudiantes, por lo que se deduce que aunque abiertamente no existe una dinámica declarada que fomente el sentimiento de vergüenza, deben existir si estas estudiantes

detallan no querer ser ese estudiante, “el que no sabe”, hablando de que existe esa figura en su imaginario.

Otra idea que se incorpora al habitus a partir de los ciclos clínicos, según Mauricio, es la de seguir el camino de hacer una especialidad, como se mencionó brevemente hace unos párrafos:

[En los ciclos clínicos] Te empiezan a formar para ser un especialista. Desde ahí te empiezan a llevar a todas las especialidades y a que veas qué hace cada especialista
(Mauricio)

Esta disposición termina por consolidarse en el internado, donde al rotar por distintos servicios por dos meses, los estudiantes observan y eligen a cual quieren pertenecer:

[Durante el internado] vas viendo la parte profesional y experiencias, y creo que eso también es muy importante porque al final te deja ver qué camino vas a seguir.
(Ignacio)

Cuatro de los participantes detallaron que no fue hasta su experiencia de internado o servicio social que se percataron de la realidad de lo que harían. Refirieron que –más allá de una clase o la lectura de un capítulo de semiología médica– la convivencia directa con los pacientes fue lo que más les ayudó a saber cómo tratarlos:

Creo que el convivir con tantos pacientes te ayuda a saber cómo llegar con ellos. Y el hecho de que te pongas en sus zapatos también te hace pensar en cómo te gustaría que te trataran. (Tamara)

Una de las participantes comenta que algo que le ayudó en gran medida fue imaginar que los pacientes eran sus familiares, para cerciorarse de que todo lo que estaba haciendo era lo mejor para ellos. Ninguno de estos participantes comentó haberlo aprendido de algún docente, sino fue por modelamiento o imitación.

En cuanto a la formas punitivas de la formación médica, existe otra discrepancia se tiene que señalar entre lo que está estipulado y lo que sucede durante el internado: dos de los participantes reconocen que, aunque institucionalmente no está permitido que se castigue a los estudiantes, sucede de todas formas. Cinco de los participantes narraron no haber experimentado castigos que directamente les afectaran a ellos, tres de ellos porque cuentan haber estado en un hospital en donde “los cuidaban mucho” como internos, y los otros dos por no haber hecho algo que les hiciera ameritar uno. Sólo una relató haber recibido un castigo, y todos los demás

comentan haber presenciado cómo algún compañero fue castigado, aunque la que fue castigada, y otro de los participantes en su mismo hospital reconocen que los castigos no fueron muy graves. Pero esto variaba de hospital a hospital, Mauricio, que cursó su internado en una institución distinta a donde “los protegían” cuenta:

En teoría en el [hospital] G no hay castigos, no los hay, no están permitidos. Según esto, está regulado. Pero hay muchas formas de castigar, y la gente es ingeniosa [...] realmente no eran castigos así de que te pegaran o te encerraran o lo que uno puede pensar primero cuando dicen la palabra “castigo”, pero creo que lo enfocaban a cosas que en ese entonces eran muy preciadas, el tiempo y el sueño. Y sí se sentía como un castigo. (Mauricio)

Aunque los castigos y las humillaciones no tocan a los estudiantes directamente, están expuestos a la incorporación de éstos en sus prácticas porque sucede con los residentes que están a cargo de ellos y al final, es una forma más en la que ellos aprenden que el sistema funciona y generan disposiciones para actuar ante él. Además, aunque no les castiguen, tres de los participantes comentaron que sí los amenazan con ellos, como es relatado:

[El residente] me dijo “no quiero volver a subir y que alguna paciente no tenga historia clínica. Y además de eso, a las 8 de la mañana yo entrego guardia, por cada cosa que te falte, te quedas una hora extra”. Y era guardia sábado para domingo, entonces ya era salir a las 8 a.m. y a mi casa a descansar. Entonces yo dije “yo no me voy a quedar más”, entonces hice todas las historias súper rápido así de que le macheteé y todo y terminé. No me castigaron, pero o sea si fue como esta amenaza. (Ignacio)

Dos participantes que coincidieron estar en la misma institución para su internado, también comentaron que durante este año empezaron a incorporar una disposición temerosa desde antes de ingresar al hospital, debido a que sus superiores amenazaban con castigos y humillaciones por llegar minutos tarde de la hora de entrada. Relatan:

(Describiendo su rutina del internado) levantarse muy temprano, sin ganas de ir y de entrar tan temprano; con miedo de que tenían que llegar puntual porque si no te iban a regañar o te iban a castigar o no te iban a dejar entrar a la clase. Entonces llegas todo ansioso, presionado, pero bueno, llegabas. Creo que soy una persona bastante

puntual entonces como que no tuve problemas con eso pero aún así sentía ansiedad.
(Mauricio)

...muchas veces depende de qué servicio estabas si te iban a tratar bien, si te iban a hablar bien, si no te iban a insultar o tener este miedo de “ay, ¿qué me van a decir hoy?” o “¿qué grosería me van a hacer hoy?” (Judith)

También, ellos dos comentan haber aprendido a no reclamar de las injusticias o a asumir culpas que no eran suyas para cubrir a sus superiores directos ante los superiores de todos, ya que si no hacían esto, sabían que les perjudicaría. Es decir, había que incorporar a su habitus el no adoptar posturas rebeldes ante sus superiores para poder aprobar el año y no tener que ser sometidos a los castigos anteriormente mencionados.

Independientemente de los castigos y la disposición ante los superiores que se fue desarrollando a partir de lo que se incorporó, tres de los participantes comentan haber aprendido de la vida grandes lecciones gracias a la carrera, y no necesariamente de los libros y los procedimientos aprendidos, sino a partir de tratar con la vida, la enfermedad y la muerte. Una participante cuenta:

Tú ves cómo en el hospital en un abrir y cerrar de ojos alguien puede morir y de la nada y por nada. A veces te toca de todo, desde el que tuvo un accidente horrible y el coche se despedazó y resulta que lo sacaron de los escombros y con una fractura solamente, hasta el que le soplaron y se murió. Entonces...como te sirve como para concientizarte a ti mismo de que no somos infinitos. [...] somos vulnerables ante muchas circunstancias y situaciones. (Tamara)

Una vez descritos tanto el proceso de inculcación como el de incorporación, procesos íntimamente relacionados, se deben señalar aquellas acciones que caen dentro de la definición de violencia simbólica de Pierre Bourdieu. Primeramente, se encontró como elemento recurrente que los estudiantes hablaron de que los cambios de fase a fase en el plan de estudios, que implicaban cambios de dinámica en ocasiones resultaban difíciles. Por ejemplo, un participante señala que mientras era estudiante de los ciclos clínicos en los hospitales, “eres nada, nadie te pela, eres aire” (Ignacio), y de ahí, al comenzar el internado y en el servicio social, se encuentran con que no sólo la atención está en ellos, sino que además también son responsables por algunos pacientes, como en el servicio de urgencias. Este cambio se siente, como es reportado por otro de los

participantes, como un enfrentamiento difícil con la realidad: el percatarse que las personas con las que están trabajando son reales y que sus vidas están en riesgo y en sus manos.

Creo que el desgaste físico en las del internado era mucho más, porque era un hospital mucho más grande, y era como ir de un a otro lado [...] y tenía mucho más pacientes y demás. Pero en el servicio te digo que lo que desgasto mental es...el hecho de saber que todo es tu responsabilidad, entonces es como otro tipo de desgaste. Más que el físico es como “no me puedo dormir porque esta señora está a punto de expulsar al bebé en la toco[sala tocoquirúrgica], o tengo a un montón de pacientes en Medicina Interna graves”...O en la UCIN [Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal] que tenías que ir a aspirar a los bebés porque estaban intubados cada dos horas, unos cada hora..así, entonces es como estar en varios lados. Y a veces nada más nos quedábamos tres o dos de guardia. Entonces uno se quedaba en la toco y otro se quedaba a cargo de todo lo demás del hospital.
(Tamara)

Otro cambio drástico que experimentan algunos estudiantes, como lo platica la única de las participantes que realizó su servicio social en una clínica fuera de Ciudad de México, fue el haber hecho el internado en un hospital de la ciudad en donde contaba con todo el equipo –tanto material como humano– a tener que trabajar en un lugar en donde no había recursos para poder atender a los pacientes en su servicio social. Estos cambios drásticos se piensan como violencia simbólica porque representan una preparación inadecuada para un contexto que les exigirá más de lo que pueden hacer, y tienen que adaptarse al instante a las situaciones.

Únicamente uno de los participantes comentó que el internado le dio estructura a su vida, que se podía despertar temprano y se organizaba para poder hacer ejercicio, sin embargo, el resto de los participantes comentaron que fue un año difícil por diferentes situaciones. Dos de los participantes hablaron de que las horas de desayuno, comida, cena y sus horas de salida nunca eran fijas: se les impone entonces una forma cotidiana de vida que no tiene una forma regular, lo cual resulta extenuante para ellos. Además, uno de ellos comenta que físicamente era raro sentirse bien durante el internado, ya que además del cansancio por las guardias, comenzaron a adoptar prácticas como salir de fiesta como una forma de liberar estrés o escapar de lo que viven, que resultaría una consecuencia de la imposición de esta cotidianidad irregular.

De igual forma, el internado resultó complejo por otras razones que sobrepasan el establecimiento de un horario. En un caso, se reportó que tener que cumplir con estudiar para exámenes, preparar clases, cumplir con las guardias y mantener un buen promedio, aunado al cansancio físico le resultaba presionante. Además, cuatro de los participantes comentaron querer hacer las cosas como las habían aprendido durante los ciclos básicos y ciclos clínicos, y se encontraron con que no podían hacerlo debido a las exigencias que sus superiores les imponían; el tiempo no les era suficiente. Es decir, resultaba frustrante no poder conectar mejor con los pacientes y dedicarles más tiempo para revisarlos de forma adecuada, y que el funcionamiento del sistema no se los permitiera. Uno de ellos cuenta que como interno, su labor era “sólo obedecer, hacer todo rápido y realmente sin revisar al paciente ni poner atención a los signos y síntomas” (Mauricio), lo cual contradecía a lo que habían aprendido en los años previos al internado. Este sometimiento al funcionamiento del sistema dirige a que se reporte también la incorporación de una sensación de impotencia que va más allá de poder quejarse al momento. Él mismo refirió que durante el internado sufrió una gran decepción de su educación, ya que sentía que él “no servía para nada”, con la sensación de que todo había perdido sentido y que él no tenía la capacidad de generar un impacto que transformara: ya fuera a un paciente, para con sus superiores o en su comunidad. Incluso relató estar seguro de haberse deprimido clínicamente durante todo ese año a raíz de esa decepción. Esto se cataloga como violencia simbólica también, no sólo porque se le anula al estudiante el esfuerzo que realizó para su aprendizaje los años previos, sino que esto como resultado, puede crear disposiciones sumisas en lugar de empoderantes, debido a que se le está imponiendo una nueva forma de funcionamiento inserto en un sistema de salud en donde no existe la flexibilidad.

Se le añade a esto último que también se entiende como una regla más de movimiento estratégico en el campo médico para un tránsito dentro de él más tranquilo, una regla que cae dentro de la violencia simbólica. Todos los participantes relataron tener que mantenerse en silencio ante desacuerdos que tuvieran con superiores e inclusive con el personal del hospital que podría meterlos en problemas.

(Con el personal administrativo) *Desgraciadamente aquí no puedes hacer, como te digo...traspasar ese límite porque siempre, y todo el mundo te lo va a decir, tienes la de perder. Entonces sí te tienes que esperar, y aprender y tolerar.* (Judith)

Si te les ponías al brinco, pues la verdad es que tienes que sobrevivir ahí, no te queda de otra...Y pues tal vez ahorita digo “no, cómo lo hice”, pero realmente estás inmerso en un mundo paralelo al real, en el cual las normas y las reglas son distintas y del que decidiste, de alguna forma, ser parte y sobrevivir. Tampoco me obligaron a meterme al internado. (Mauricio)

Todos reportaron saber que, aunque había situaciones injustas, no debían quejarse, ya que de otra forma les iría peor. No poder expresar un desacuerdo con el tipo de prácticas que ejercen sobre ellos no sólo resultaba difícil, sino que a la larga, en su habitus se incorporó que de esa forma funciona el sistema.

Finalmente, el tiempo y lo que implica esta duración de la licenciatura también es percibido como una imposición, reconocido por tres participantes. Una de las participantes comenta:

Te eternalizas en el estatus de estudiante. Y llega un momento en que todos tus amigos están trabajando y tú sigues siendo estudiante. Y es raro. Creo que es de las partes más pesadas ahorita. Como que ya te quieres independizar, salir de tu casa[...].Y todavía me falta la especialidad. Y de aquí a que empiece a ganar dinero bien...Uff. Todavía falta. Entonces se retrasa como toda tu vida como te la imaginabas. (Nora)

Es decir, querer buscar independencia económica de su familia y no poder crecer personalmente por estar sujeto a los estudios de medicina es de igual manera, una forma de imposición en la vida de estos participantes.

4.6. Habitus

Concluyo este capítulo con el reporte de los hallazgos en las entrevistas que proporcionan el esbozo del habitus de los estudiantes de medicina al finalizar sus estudios de licenciatura. Para hacer esta descripción, el análisis de los contenidos de las entrevistas se centró en torno a las prácticas que componen su cotidianidad según lo que los participantes reportaron y a sus opiniones en torno a diversas cuestiones del sistema al que pertenecen, pensando en que estos dos aspectos retratan sus disposiciones a actuar y a pensar, es decir, su habitus.

Antes de comenzar formalmente la descripción de las prácticas, hay que mencionar que cuatro participantes identificaron que éstas se fueron transformando mientras avanzaban en la

licenciatura, tanto dentro del campo médico como fuera del mismo. El cambio más marcado fue aquél en el que se deja de asistir a la facultad para presentarse en los hospitales, percibida por uno de los participantes como “pasar de ir a la escuela para empezar a ir a trabajar” (Carlos). Esta transición de prácticas se relatan ya que exponen la transición de fase en fase del habitus de un estudiante al habitus del médico al finalizar la licenciatura.

En general, la vida en la facultad, o la cotidianidad durante los ciclos básicos, fueron relatados por todos los participantes como una vida de estudiante muy similar a la de cualquier otro tipo de estudiante. Uno de ellos lo sintetizó:

Llegaba, clases, clases, y entre clases me acuerdo que siempre que tenía chance iba a las tienditas, compraba algo y me subía. Y generalmente mis horarios fueron muy nobles. El primer año decidí hacer mis optativas en los dos semestres, entonces ese año salí un día salía las 7 de la noche por hacer las optativas y ya olvidarme de ellas. [...] Y ya que salía, trataba de ir al gimnasio y luego de ahí si veía que tenía como algún examen o alguna tarea que no me iba a dar tiempo entonces prefería estudiar y ya si me daba tiempo ir, y si no pues de plano no ir. [...] Llegar y estudiar mis apuntes de lo que veíamos, sobre todo anatomía porque me gusta mucho entonces era la materia como que más procuraba. Y ya, cenar, tratar de dormir...Yo leo muy lento entonces muchas veces sí me quedaba como muy...despierto hasta tarde varios días. [...] A veces consultaba cosas en la biblioteca entonces saliendo de clases a las dos o tres, me iba a la biblioteca trataba de estudiar un poco ahí y ya me iba después a mi casa. (Ignacio)

Al iniciar los ciclos clínicos, las prácticas cambiaron, comenzando con el hecho que la sede donde era el centro de aprendizaje ya no era la facultad en Ciudad Universitaria, sino que fueron distintos hospitales y clínicas en Ciudad de México. El mismo participante hace una descripción detallada de la vida en estos semestres:

Estuve en el MG y en el G. Sí fue súper diferente porque el MG me queda a 10–15 minutos de mi casa y llegaba súper rápido. Y las clases comenzaban a las 7 y entonces era ya llegar desayunado, clase de 7 a 9 me acuerdo perfecto. A las 9 comenzaba rotación clínica entonces ya era el quirófano o consulta, o lo que tuviera que hacer. Dependiendo de ahí había clases que como a las...generalmente era como de 9 a 12 estar en el hospital en consulta y ya a las

12 teníamos otra clase y salíamos como a las 2 o 3. No salíamos muy tarde en tercer año. Ya era un horario más fijo. De ahí me regresaba a mi casa, trataba de estudiar, ir al gimnasio y todo lo demás. Para cuarto año ahí sí era más difícil, porque estaba hasta G. Yo tenía que estar en el periférico a las 5 de la mañana a más tardar para llegar. A las 6 a C. U. Para llegar a las 7 en el metro a G. Ese era mi estrés. Entonces...ahí igual era clase de 7 a 9. Rotación clínica como hasta las 12-1 y luego teníamos clase de 1 a 3 y ya, salíamos como a las 3-4 de la tarde [...] o sea, no eres nada, eres aire en el hospital, nadie te pela, pero ya estás como envuelto en este sistema como médico, ya ves cómo se mueve un hospital.

(Ignacio)

La descripción de los traslados es información que varió de participante a participante; un factor a considerar en su quehacer entonces era la cercanía del hogar a los hospitales. No obstante, las actividades durante los ciclos clínicos en las descripciones de los demás participantes eran semejantes: una combinación de observar durante el pase de visita, con clases, aunque la participación en el tratamiento de los pacientes durante este periodo es mínima, como lo señala el participante.

Es en el internado donde las prácticas se diversificaron aún más. Como cuatro de los participantes realizaron su internado en el mismo hospital, la rutina de ellos cuatro se presentó muy similar, mientras que los otros dos participantes realizaron su internado conjuntamente en otro hospital, por lo que sus actividades coincidían entre ellos. Los seis participantes realizaron su internado en un hospital general de Ciudad de México, instituciones de salud en el segundo nivel de atención. Aquellos cuatro que lo realizaron en uno de los hospitales generales del sur de la ciudad, relataron que el día normal empieza a las 7 y termina a las 3 de la tarde. La guardia, los días que tenían que cumplir con ella, comenzaba después de esto y terminaba a las 7 de la mañana del día siguiente; si era entre semana, después de la guardia, el interno se tenía que quedar en el servicio hasta las 3 de la tarde, la hora de salida normal de todos. Las actividades en este rango de horas consistían, trabajar en equipo para liberar pendientes de laboratorios, redacción de historias clínicas y en ocasiones, según el servicio, la revisión completa del paciente. A estos mismos equipos se les asignaba un día de guardia nocturna por tres de descanso, llamadas “guardias ABCD”. Los cuatro participantes coincidieron en que trabajaron

armónicamente con sus equipos, aunque había días difíciles, pero en general, su relato de las prácticas durante este año tenían un tinte de agrado y aprendizaje.

Para los dos restantes que realizaron su internado en un hospital general al centro de la ciudad, la rutina era similar en la estructura de clases, rotaciones y guardias; sin embargo, la forma en que lo experimentaban su cotidianidad era menos regular.

...creo que teníamos que llegar a las 7, pero o sea a las 7 en punto, o sea estábamos ahí desde las 6 y media. Y desde esa hora era empezar a trabajar. [...] [Las tareas] dependían del servicio en el que estabas y la disponibilidad de los doctores; si te dejaban ir a desayunar o comer; a veces ni siquiera desayunabas ni comías, o sea, lo que te cayera, pues bien. Y pues los horarios...ni siquiera hay horario de salida. La hora en la que se termine el trabajo y si no te ponen otra cosa ya te dejan ir. (Judith)

Lo detallan ambos participantes:

Había una clase en la mañana y después te ibas al servicio a trabajar a “apoyar” o a “chalanear” [...] Generalmente en la mañana había consulta entonces dabas consulta o pasabas visita. Luego que pasaba eso había como un periodo en el cual no hacías mucho, como una hora, y en esa hora muchas veces nos tocaba ir por el desayuno. Entonces íbamos a preguntarle a cada quién como qué quería de desayunar, íbamos por el desayuno [...] Y después te pones a trabajar otra vez como hasta las 2 o 3 de la tarde. Te daban como 10, 15 minutos para comer, a veces no [...] Entonces nada más lo único que hacías desde que llegabas era contar las horas hasta que te pudieras ir. Cuando no tenías guardia, pues te ibas a las tres, cuatro. Pero cuando tenías guardia te ibas hasta el otro día y pues, ni modo. [...] Y cuando tenías guardia, echabas la flojera en la mañana para en la noche, ya sabías que te iba a tocar toda la chamba a ti. Entonces dependía si tenías guardia o no [...] Ninguna de tus decisiones van a impactar al paciente, no te dejan que te involucres con él, ni siquiera te dejan aportar. Tú no puedes dar ideas, tú nada más tienes que hacer, hacer, hacer...Y lo que haces es tomar muestras, llevar pacientes, hacer historias clínicas [...] todo rápido y sin realmente revisar al paciente... (Mauricio)

Particularmente durante el año del internado, los participantes describieron sus formas de tratar a los pacientes. Tres de las participantes, las tres mujeres, comentaron siempre intentar empatizar con el paciente:

Tratar de hacerles más alegre su estancia o por lo menos que se sientan que están procurados, ¿no? Que no son parte del montón o un número más. (Tamara)

Yo lo que siempre trataba de pensar es que...Al fin y al cabo nosotros trabajamos para ellos y por ellos, entonces pues...acordarte de que ellos son los que tienen que estar tranquilos y tú estás prestando tu servicio a las personas. Entonces si te empiezas a desesperar un poco como que respirar y volver a explicarle. (Nora)

En una de las entrevistas, alguien comentó que pasaba frecuentemente que por el cansancio de estar post-guardia “terminas jugando un poco al sistema de ya no querer ver más pacientes, estar harto de ellos y te olvidas que son vidas y personas” (Tamara), pero que cuando un paciente les mostraba mucha gratitud, lo volvían a recordar. No sólo esta participante refirió esto, tres más de ellos hablaron de la importancia de tanto la gratitud para continuar con sus actividades. Que la gratitud sea un incentivo para aceptar todo el proceso por el cual pasan, lo interpreto simplemente como el querer ser reconocidos –no tanto en un nivel social, sino reconocidos por el paciente– que los traten a ellos también como personas, con comprensión por las tardanzas y los elementos que estén fuera de sus manos, pero al mismo tiempo, que se les reconozca el esfuerzo que han realizado por “aguantar” todo aquello que han tenido que aceptar como parte de su profesión.

Otro participante también refirió haber aprendido a contener su explosividad con los pacientes, porque identificaba que el contexto no era el adecuado para hacerlo, por lo que se habituó mucho a ser tolerante con los ellos. Esta contención de enojo no sólo aplicaba para los pacientes y sus familiares: como se describió en la sección de génesis del habitus, todos los participantes reconocieron que ante las problemáticas con el personal del hospital, como las enfermeras y los camilleros, así como con sus superiores, había que callarse los enojos y las injusticias que sentían les afectaban, ya que estratégicamente, para “sobrevivir el año”, esta práctica era mejor que reclamar. Sólo uno de los participantes mencionó que al enfrentarse con alguien superior a él en donde él resultó reprendido y censurado, envió una carta a la Comisión Nacional de Derechos Humanos para que quedara constancia de su desacuerdo con la situación, aunque no está muy seguro de que haya tenido un efecto.

Además, una práctica no oficial reportada en uno de los hospitales durante el internado por uno de los participantes fue una premiación que se organizaba dentro del hospital para los internos al finalizar el año. El participante relata que en estos premios se reconocía desde a los mejores equipos de trabajo, hasta los menos trabajadores, así como premios a los internos más atractivos. El participante comentó que eran premios que, aunque no fueran oficiales, eran parte de la enseñanza porque los médicos adscritos, de los jerárquicamente más altos, se enteraban de quién ganaba y era un tipo de reconocimiento.

Las prácticas de los participantes se diversificaron de igual forma al momento de comenzar el servicio social. Únicamente una de las participantes salió de la Ciudad de México para hacer su servicio social, el resto eligieron sedes tanto de un corte más administrativo o de investigación, por lo que sus actividades eran muy distintas. La participante que hizo su servicio social en provincia, narra:

un día normal era levantarnos temprano, [...] nos íbamos al hospital, ya sea que tomábamos un camioncito en el centro o si salíamos los tres juntos pedíamos un taxi y nos íbamos al hospital. En el hospital, pues las actividades[...] pasábamos visita, después de pasar visita cada quién se iba a su servicio, dependiendo de qué servicio estás. Ves a tus pacientes, después de verlos pues haces todos los pendientes que tienes que hacer con ellos, después, pues, normalmente discutías con el residente que estabas rotando los casos y si se podía dar una clase...pues ahí daban la clase...Veías más pendientes, si habían ingresos pues hacías los ingresos, de ahí hasta las 2 de la tarde, 2 y media que era la entrega. Y pues si un día normal no tenías guardia, entregabas a las 2 y media, comías ahí en el hospital, entonces entregabas a las 2 y media la guardia y después de eso ya tenías libre. Y pues de ahí ya nos íbamos a la casa, a estudiar o a conocer.

(Tamara)

Dos de los participantes narraron haber realizado actividades administrativas dentro del hospital; actividades que aprendieron al momento de estar ahí. Cuatro participantes relataron que sus actividades estaban dirigidas hacia la investigación, por lo que variaban de día a día; las rutinas de estos participantes se contaban más amables en cuanto a horarios, ya que no tenían que hacer guardias nocturnas y tenían tiempo suficiente para comer y estudiar. De estos participantes, tres comentaron que el horario y las actividades de este servicio también les permitió tener

tiempo para estudiar con calma para el Examen Nacional de Residencias Médicas (ENARM), y que no hubieran podido hacerlo de haberse ido a una clínica en provincia.

Se exploró también qué era lo que hacían cuando no estaban dentro del hospital; aquellas actividades que no giraban en torno al campo médico. Todos los participantes coincidieron con que les gustaba ir al cine, ver series de televisión, escuchar música y salir con amigos. Asimismo, todos relataron que estas actividades de recreación variaban según la etapa de la carrera en la que se encontraran, ya que no siempre tenían tiempo disponible para hacerlo. Cuatro participantes también mencionaron que salir de fiesta y a bailar fue algo que tuvieron que dejar atrás porque no era un estilo de vida que era compatible con ser estudiante de medicina, sin embargo, uno reconoce que durante el internado, buscó salir de fiesta más frecuentemente de lo normal, para desestresarse y escapar de las frustraciones de este año. Por otra parte, tres de los participantes mencionaron que les gusta hacer ejercicio para relajarse, y estos mismos tres también comentan tener gusto por la lectura, aunque el tiempo a veces no se los permitía. Uno de los participantes hizo énfasis en hacer un esfuerzo especial en las actividades que no correspondieran al campo de la medicina: clases de francés, de baile, cocinar, entre otras, porque menciona que siempre consideraba que para ser mejor médico y persona, debía enriquecerse de actividades que fueran más allá de “saber cómo funciona un fármaco”.

Explorando sus prácticas más a profundidad, también se analizó cómo transitaban a través del campo - es decir, se buscó identificar las disposiciones y estrategias que utilizaban para movilizar sus capitales para subir de posición dentro del campo como parte del habitus. En general, todos los participantes mostraron tener ciertas estrategias para moverse de manera que su circulación por el campo fuera lo menos complicada. Se analizaron tanto su forma de elegir sedes para la etapa del internado y servicio social, así como sus proyecciones profesionales a futuro; se identificó lo que a continuación se expone.

Cuatro participantes mencionan haber elegido sus sedes del internado por ser un hospital de renombre, en donde se sabía que se combinaba bien la práctica con la teoría y no se maltrataba a sus internos tan abiertamente como en otros hospitales; que la responsabilidad no caería toda sobre ellos, pero que de igual forma, podrían practicar más con los pacientes. Únicamente uno de los participantes mencionó que su elección fue por estar con sus amigos durante este año, y la otra participante no dio una razón acerca de su elección. Para el servicio social, las estrategias de tres participantes coincidieron en que la elección de la sede fue parte de una táctica para poder

estudiar durante este año para el ENARM, así como continuar con su aprendizaje, acercarse a la especialidad que buscaban al finalizar la licenciatura para comprobar que era de su agrado y además, hacer crecer su currículum en el ámbito de investigación. Como lo dijo uno de los participantes:

Siento que el servicio social es diferente para cada quien. Tengo amigos que se fueron a Chiapas a dar consulta allá, tengo amigos que se fueron a la facultad a dar clases. Tengo amigos que se dedicaron al laboratorio al 100%, [...] creo yo que el servicio social además de tratarse de dar de regreso, siento que es una última parte de la formación tuya. Yo en ese momento sentí que necesitaba más investigación, más currículum y este aspecto no tanto de irme a dar consulta. Fue algo que yo decidí. Y sí, siento que es algo de cada quien, que cada quien mejor se acomode o como mejor le convenga para su desarrollo como médico. (Carlos)

En esta parte de que la elección del servicio social es para la conveniencia del estudiante coinciden cinco de los participantes. No obstante, hubo opiniones distintas. La participante que efectuó su año de servicio social fuera de Ciudad de México considera que el servicio es necesariamente una actividad que debería hacerse en provincia para regresarle algo al país, aunque esto implique no tener tantas horas para estudiar para el ENARM, y reconoce que no todos los estudiantes están de acuerdo con ella. Otro de los participantes comentó haber elegido su servicio social en una institución para trabajar en investigación de Salud Pública debido a que buscaba una alternativa a lo que vivió en el internado, decepcionado de la medicina especializada, y como él venía de un pueblo pequeño fuera de Ciudad de México, optó por quedarse.

En cuanto a los caminos profesionales que cada uno persigue, cinco de los participantes estaba por iniciar o ya estaba iniciando una especialidad y cuatro de ellos buscarían una subespecialidad médica, aunque aún no supieran cuál. A la otra participante le gustaría una subespecialidad, pero en un campo distinto. Sólo un participante comentó no querer hacer una especialidad médica, sino lo que persigue es cursar un posgrado en Salud Pública en el extranjero para finalmente regresar a México para ser un agente de transformación de la realidad social del país.

Como ya se mencionó, pensar acerca del quehacer también es parte del habitus, por lo que a continuación se describen diversas opiniones y consideraciones acerca de sus prácticas, del sistema educativo al que pertenecen y del sistema de salud en México.

Al hablar de su trayectoria académica y la forma en la que transitaron el campo, dos de los participantes interpretaron que sus experiencias a lo largo de la licenciatura estuvieron determinadas en gran parte por suerte y por azar:

Suerte, karma, destino... Como lo quieras poner. Siento que he seguido un camino que poco a poquito me ha llevado hasta donde estoy. Y siento que es un lugar bastante reconocido, algo que necesita mucho trabajo y mucha dedicación. O sea en primera año entré a un grupo y luego pasé a los "NUCE" [ahora PAEA] y dije "bueno pues voy a meterlo nada más por meter NUCE" y entré a un grupo muy bueno, y luego dije "me voy al MG en tercero" y se cancelaron las inscripciones y dije "ah mejor me voy a N", entonces acabé en N, y luego me fui al J y en el internado dije "me voy al MG" y en el intercambio dije "me voy a ir a España" pero se abrió una plaza en Minnesota. Entonces siento que por una razón u otra sí ha habido como abriéndose como un camino o una corriente, pero siento que sí, creo que si tú te dedicas a lo que estás haciendo y le echas muchas ganas solito te va llevando hacia donde quieres llegar. (Carlos)

Cinco participantes mencionan que no estudiarían algo distinto, y ninguno cuestionó seriamente, a lo largo de la carrera abandonar lo que estaban haciendo. Sólo un participante se mostró dudoso ante esto:

Por un lado, sí [elegiría la misma carrera] aunque me esperaría un tiempo. Siento que si ahorita estuviera estudiando medicina la aprovecharía mucho más. [...] Creo que hubiera sido todavía mejor estudiante y no desde el punto de vista de calificaciones, sino de entender bien qué estoy haciendo y por qué y encontrarle sentido a lo que estoy haciendo y leyendo. Siento que hubiera sido muy bueno. Y la otra cosa es que me encantan las artes y toda esta otra vida demasiado desestructurada. Me gusta mucho la música, la danza... Chance si me hubiera esperado unos años más me hubiera dedicado a algo de música. (Mauricio)

En cuanto a las decisiones de hacer especialidad, tres de los participantes consideran estar pudiendo alcanzar las metas que siempre quisieron. Sólo un participante encaminado a la

especialidad se cuestionó la decisión de hacer una especialidad al haber intentado hacer el ENARM y no haber aprobado, pero dice querer volver a intentarlo. Asimismo, la participante en la especialidad de psiquiatría contó con la particularidad de que ella vio que era la única forma de recuperar lo humano en la medicina, y opina que puede generar cambios en el ámbito legal y social a partir de la psiquiatría, particularmente acerca de las legislaciones y la forma de aceptar a las comunidades LGBTTTIQ. El participante restante opinó acerca del camino de la especialidad como intransitable para él, aunque respeta a quienes lo siguen. Comenta que, para poder llevar el estilo de vida que él busca, uno tranquilo, no coincidía con el de una especialidad. Detalla:

...todos tienen miedo [de no hacer una especialidad]. Incluso mis compañeros. [...] me decían, “¿por qué haces esto? Tú tienes capacidad para estudiar una especialidad” Y yo digo, justo porque tengo la capacidad de darme cuenta que eso es una m--rda. Justo porque tengo esa capacidad estoy decidiendo no hacer eso. No porque no pueda, no porque no voy a pasar un examen y sacar un buen puntaje, digo eso lo he hecho desde que empecé la carrera. [...] A mí no me gustaría estar en un hospital ahorita dos días sin dormir. No cambiaría nada, no cambiaría mi vida por eso. (Mauricio)

Comentarios singulares detallaron también qué tipo de profesionales se orientaban a ser, Nora precisó que le gustaría ser más que nada una buena docente, tenerle paciencia a sus alumnos y enseñarle de forma en que ellos sientan que efectivamente están aprendiendo. Coincidiendo con este tema, Carlos puntualizó también saber cómo no estaba dispuesto a comportarse en su profesión:

No me cae bien la gente que trata mal a los pacientes. O que se sienten más que ellos nada más por ser médicos. [...] Siento también que [...] nosotros también tenemos que enseñar, no nada más castigar a la gente porque no sabe. Entonces alguien que está regañando a sus pacientes constantemente o tachándolos de por qué no sabes esto o lo otro...yo creo que con una buena comunicación el paciente puede entender mucho y tú le puedes explicar mucho[...] No tolero a la gente o los doctores que se suben a dar clases y están inventando[...] Y ser esto, ser el autoritario y “te voy a castigar porque tal” esos residentes o doctores que nada más están viendo cómo minimizar al de abajo, siento que, uno, arruinan la

relación médico-médico y médico-paciente y dos, no estamos llegando a ningún lado con ese tipo de tratos. (Carlos)

Añadiendo a este tema, en tres casos, los participantes reportaron buscar activamente ser un médico a quienes tanto sus pacientes como sus estudiantes estimen mucho. Los otros participantes, más que buscar la gratitud de sus pupilos y pacientes, persiguen ser médicos que vean y sean responsables por el cambio tangible hacia la mejoría de la salud del paciente.

Además, en la entrevista se exploró con más profundidad sus opiniones acerca de la licenciatura por medio de preguntarles qué recomendaciones le darían a alguien que estuviera por elegirla, así como consejos para el internado. Tres de los participantes bromearon “que no estudie medicina”, pero después se retractaron y consideraron, junto con otro participante, que esa persona estaría tomando una decisión grandiosa. Sin embargo, aunado a esto, dos participantes también expresaron que ese estudiante en cuestión debería estar consciente de que la licenciatura de Médico Cirujano es una “de aguante, no de velocidad” (Nora), por lo que deben estar seguros que es lo que quieren hacer para toda su vida y prepararse para sacrificar muchos aspectos de su ella.

...saber que tienes que sacrificar mucho de tu vida, porque un estudiante de medicina no es igual que cualquier otro estudiante. Y no es porque sea mejor. Es diferente porque es un estilo de vida totalmente diferente a los demás. Entonces sí saber que vas a tener que sacrificar mucho de ti, y a lo mejor no vas a recibir tanto como creías. Tiene que ser una vocación verdadera. No cualquiera está tranquilo con ya no salir los fines de semana, con ya no ver a tu familia todos los días,...(Judith)

Una de ellas también agregó que la medicina no debe estudiarse para ayudar a los demás, contrario a la razón que normalmente se da. Ella opina que debe ser una decisión por darse gusto a uno mismo de estudiar la profesión que le interesa; que si lo que se busca es ayudar a las personas existen otras carreras para hacerlo. Uno de los entrevistados coincide con ella, diciendo “si está ahí es porque él quiso, no lo obligaron, entonces debe dar el 1000%” (Ignacio). Otro participante recomendó que esa persona esperara antes de ingresar directamente de haber salido del bachillerato; que aprovechara ese tiempo para aprender otras cosas y que una vez que fuera más grande y más maduro para hacerle frente a lo que representa la figura del médico ante la sociedad y pudiera aproximarse a ella de manera más crítica, lo hiciera.

Para una vez estando en el internado, tres de los entrevistados recomendaron estudiar y aprovechar el tiempo previo al internado, ya que después no tendría tiempo de hacerlo; asimismo aconsejan no tener pena de preguntar. Además, también sugieren mentalizarse a que será un año cansado y difícil, en el cual “tendrá que dejar mucho de su persona y su tiempo” (Mauricio), pero como otros cuatro participantes (quienes hicieron el internado en el mismo hospital) expresaron, era un año tolerable del cual aprendería cuantiosamente. Particularmente, una de las participantes hizo una recomendación para las estudiantes mujeres, diciendo lo siguiente:

Sí es machista como lo pintan...te van a intentar hacer menos por ser mujer, te van a intentar hacer las cosas un poco más complicadas, y si no, te van a querer tirar el perro todos, sobretodo si estás bonita. Piensa que así va a ser [...] Pero también si lo manejas a tu beneficio te puedes salir con la tuya. O sea, si le caes bien y además estás bonita, te va a dejar hacer más cosas. Entonces le puedes sacar provecho, si ya te estás aguantando que te vean con ojos de lujuria todo el tiempo, o algo así, pues sí le puedes sacar que te dejen hacer una cirugía padre.
(Nora)

Estas recomendaciones dadas por los participantes, en su discurso, parecen estar legitimando el funcionamiento del sistema: la preparación para ser invadidos, tener que aceptar que así tiene que ser, pero que además, hay formas de sacarle ventajas a ese funcionamiento.

Por otro lado, cinco consideraron que su elección de sede para este año y el servicio debía apegarse mucho a sus planes futuros y a que la sede que eligiera, no pusiera en juego sus propios valores, en donde las prácticas de castigos y humillaciones fueran frecuentes. Por estas mismas razones, los dos participantes del hospital distinto, comentaron que su año de internado sería uno que nunca repetirían. Uno de ellos comentó que la elección de la sede por lo tanto, se deberían hacer por cuidar su propia salud mental, buscar un lugar donde no fueran maltratados, que todos los demás factores eran irrelevantes para la elección. Este mismo participante fue el único en recomendar que no sólo durante el internado, sino a lo largo de toda la carrera, el estudiante criticara lo que estuviera haciendo:

Algo que muy poca gente hace y que yo no sabía hacer hasta que llegué aquí...Sería crítica lo que estás haciendo. ¿Por qué estás aquí? ¿Cómo llegaste aquí? ¿Qué estás haciendo aquí? Y ya cuando estén en el internado que realmente se cuestionen qué quieren, y criticar lo que la gente hace, no sólo los médicos,

también los pacientes, ¿Por qué están aquí y no van a otro lugar? Y ¿por qué yo estoy aquí? Que al final fueron nuestras decisiones las que nos llevaron a estar ahí. Entonces criticar. Yo creo que muy pocos se detienen a criticar, ¿qué estoy haciendo aquí? ¿Para dónde voy? ¿Tiene sentido? (Mauricio)

Por lo que corresponde a los castigos por los cuales la carrera es popular, cinco entrevistados consideran que siguen existiendo y los siguen aplicando los médicos en los hospitales por la perpetuación de un círculo vicioso, en donde quienes fueron humillados y reprendidos durante su vida como estudiantes, al momento de encontrarse en la posición superior, recrean estos castigos, justificando sus acciones con la idea de “a mí me lo hicieron y por lo tanto yo lo hago también” (Tamara) Tres de las participantes ubican que la manera de hacer desaparecer estas medidas en el sistema recae en que cada médico se percate de que no es imperativo que los estudiantes pasen por lo mismo; una de ellas señala que “la educación que se tiene en casa y los valores” es lo que determina que las personas quieran cambiar esto. No obstante, cuatro de los entrevistados opinaron también que los castigos a veces son justificados o necesarios, pero que deberían cambiar la naturaleza por un castigo más académico, como la lectura y exposición de un artículo a todo el grupo, en lugar de privar al estudiante de irse a su casa, no dejarlo dormir, o cargarlo excesivamente de trabajo. Con respecto a esto, una de ellas comentó que si el castigo tiene algo de lo cual el estudiante puede aprender, es una experiencia positiva, expresando: “si estás haciendo lo que te gusta, no te pesa mucho” (Nora)

Adicionalmente, dado que el sistema educativo médico está vinculado estrechamente con el sistema de salud, los participantes también tuvieron acotaciones que hacer al respecto de éste. Aunque se identifica que hay una mala repartición de los recursos a nivel gubernamental en uno de los casos estudiados como ya se describió en la sección de espacio social, también este mismo entrevistado señala:

A veces también los pacientes suelen recriminarle mucho a los doctores cuando el sistema no es de los doctores, ¿no? El sistema es un sistema que hizo el gobierno; los doctores somos parte de ese sistema y nosotros solamente prestamos una atención como todos los demás y a veces ni siquiera somos los que los tratamos mal, sino es desde la recepción y cuando llegan con nosotros ya llegan enfurecidos. (Tamara)

En dos casos se reportó que les resultaba difícil ver que por el mismo sistema en el que a veces los estudiantes están a cargo, o que los médicos no se dan el tiempo para revisar a un paciente, se cometían iatrogenias:

Yo lo vi, vi cómo hacían las cosas, vi como mataban pacientes, no directamente, pero la neta es que sí. Para mí eso era inaceptable y lo único que quería era salir de ahí. (Mauricio)

Aunado a esto, él mismo continúa diciendo que está muy decepcionado del sistema de educación médica y el sistema institucional de salud, ya que no se encontró con la medicina que él pensaba estudiar. Piensa que la forma en que estas instituciones están orientadas es hacia todos, menos hacia el más desfavorecido y vulnerable, que es el paciente promedio en México.

Durante las entrevistas, pregunté a los egresados acerca de cómo procederían si tuvieran la posibilidad de hacer un cambio tanto en el sistema educativo como en el de salud, teniendo en mente que esto podría ilustrar su disposición a la acción transformadora o conservadora. En dos casos, se propuso la reducción de la duración de las jornadas del trabajo de los médicos, así como horarios más amables y flexibles y una mejor repartición de los recursos dentro del sistema de salud. Uno de estos participantes concibe que los estudiantes son utilizados por ser “mano de obra barata” y eso es lo que hace que el sistema de salud subsista. Considera que hay suficiente personal para que se cumplan las tareas sin la necesidad de tener jornadas tan largas y desgastantes. Sus propuestas de modificación, por lo tanto, se enfocaron más hacia el sistema de salud que al sistema de educación médica.

En otras dos ocasiones reportaron que el plan de estudios está bien diseñado y teóricamente debería funcionar, sin embargo, reconocen que falla en su implementación debido a que hay médicos docentes que no se comprometen con las clases, lo cual hace que muchos de los estudiantes se rezaguen. Uno de estos participantes agregó que la forma de evaluar con exámenes de opción múltiple no era una forma adecuada para valorar el aprendizaje logrado en los alumnos, ya que los pacientes son seres dinámicos.

Únicamente en un caso se mencionó que la organización de la inscripción a las sedes por promedio debería cambiarse, ya que esto volvía al sistema desigual:

A lo mejor unos fuimos más afortunados que otros entonces sí está mala onda que siempre sea tan jerárquico. De que “a ti te fue bien, entonces tú vas a tener todas las buenas clases” y “a ti no te fue tan bien, entonces te van a tocar los peores

profesores y a ver si aprendes algo”. Yo trataría de igualar y asegurar que todo el mundo tuviéramos la misma calidad de educación. Para que todo el mundo tenga las mismas oportunidades. (Judith)

En este mismo caso se planteó la posibilidad de implementar actividades clínicas desde más temprano en la licenciatura, así como la opción de contar con opciones más diversas de optativas.

El participante restante, plantea que él re-enfocaría el sistema educativo hacia algo más social, volcado a la población y las necesidades de ésta, partiendo de un enfoque multidisciplinario. Propone que se podría aprovechar el estar en Ciudad Universitaria para hacer el proceso educativo más interdisciplinario. También cambiaría el papel del interno en las sedes en que funciona como un agente burocrático encargado de trámites, hacia que realmente pusieran en práctica sus conocimientos. Asimismo, propone también que el servicio social en verdad se hiciera como tal un servicio de médico general, y si muchos se muestran preocupados por estudiar para el ENARM, darles la oportunidad de hacer un servicio más corto para que cuenten con este tiempo, con la condición de que seguirán estudiando un posgrado. No obstante, al final agregó:

Al final no sé qué tanto vaya o pueda yo cambiar. Me gustaría. Pero el problema es tan complejo y tan complicado, [...] [que] no me va a tocar ver ese cambio drástico en el sistema de educación en los médicos y en el sistema de salud. Digo, estamos j--idos, la neta. Y la j--idez está difícil de erradicar. Así como muchas enfermedades. Pero bueno, se vale soñar y echarle ganas y todo. También es muy personal y por lo menos hacer un cambio en una pequeña porción de gente, está bien. Aunque sea tu familia, tus hijos, lo que sea. (Mauricio)

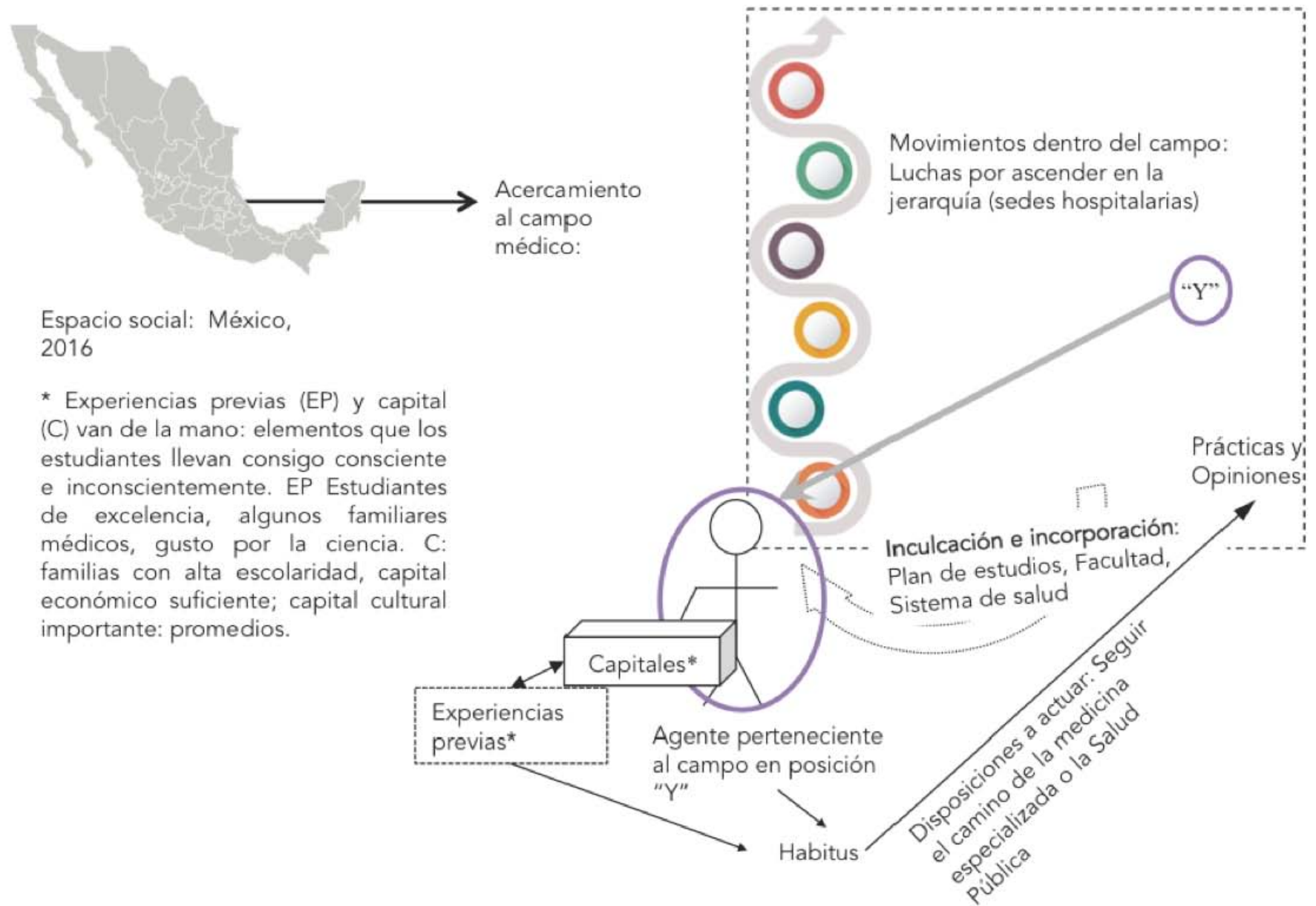


Figura 10. Esquemización de la configuración del habitus a partir del espacio, campo, capitales, experiencias previas y el sistema educativo.
Fuente: Elaboración propia

Como se alcanza a ver en esta síntesis de los resultados de las entrevistas, hay una serie de elementos que abren una discusión amplia de lo que sucede con los actores dentro del sistema educativo médico a partir de los planteamientos de Bourdieu, por lo que en el capítulo siguiente, se abordarán los más relevantes para este trabajo. La Figura 10 hace una esquematización de la configuración del habitus a partir de todo lo analizado en este capítulo.

Capítulo 5. Matices del habitus: discusión y conclusiones

El objetivo general de este estudio es estimar si la disposición de los estudiantes de medicina al concluir sus cursos de pregrado se inclinaba por una conservación o una subversión hacia el sistema educativo, mirándolo desde la propuesta de habitus de Bourdieu. A partir de lo encontrado y analizado en las entrevistas realizadas, a grandes rasgos, puedo afirmar que se cumplió con dicho objetivo; no obstante, encontré una serie de elementos que matizan el objetivo más allá de la dicotomía de conservación o subversión. Esta sección del trabajo tiene como objetivo puntualizar cada uno de estos matices respecto de las categorías encontradas, que coinciden con los objetivos específicos del trabajo. Pretendo también en esta sección, señalar los alcances y los límites del estudio, que son importantes para la adecuada comprensión de los resultados y lo que este trabajo sugiere. Finalmente, busco cerrar el trabajo exponiendo las conclusiones a las que llegué, después de haber discutido los resultados.

Empezando por las experiencias que relataron los participantes haber tenido previo a ingresar a la licenciatura, me gustaría detallar lo siguiente. En el panorama de la altísima demanda actual por un lugar para ser estudiante de medicina en Ciudad Universitaria, considero pertinente señalar que para tener un entendimiento más completo de este fenómeno, debemos mirar a la situación actual de algunos jóvenes y la elección de su proyecto de vida. Como Campos Ponce (2015) señaló en su trabajo, el proyecto de vida de los jóvenes en la actualidad está tintada de un credencialismo mercantilizado, en donde la lógica subyacente que gobierna las decisiones de los jóvenes es: “entre más años se estudie, mejor el empleo que se conseguirá, y más dinero podré ganar”. La alta demanda por los lugares para estudiar la licenciatura en medicina en México considero entonces es un reflejo más de la desigualdad social del país, si se conjuga con el capital simbólico que el médico reúne. La posición del campo médico en el espacio social mexicano, por encima de otras profesiones y oficios, parecería prometer movilidad a los jóvenes dentro del espacio, no sólo hablando de la obtención de más capital económico, sino también el social y el cultural simbólico que conlleva el ser médico. Además de que médicos como Juan Ramón de la Fuente y José Narro Robles fungen como ejemplos de una posición social a la que se puede aspirar una vez que se ingresa al campo médico: la posibilidad de

movimiento hacia una posición política en donde las probabilidades de reunir más capital de todo tipo se incrementan aún más.

Hablar más a profundidad del fenómeno de los proyectos de vida de los jóvenes excede los alcances de este trabajo, pero sí me gustaría puntualizar que “siempre querer haber sido médico” fue un discurso frecuente en las entrevistas, lo cual me llevó a pensar que quizá la elección de carrera para algunos estudiantes de medicina, no fue cuestionada o puesta en juicio en algún momento de sus vidas, debido al capital simbólico de la profesión médica. Castro y Erviti (2010) afirman:

“Lo que está en juego en el campo médico es el predominio de un grupo –la profesión médica– sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer y monopolizar los esquemas ‘legítimos’ de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad.” (p. 47)

Esta “promesa de autoridad contenida en esa imagen idealizada”, como se refieren a ella estos mismos autores, es una que los estudiantes están bajo la impresión que al concluir sus estudios, se les cumplirá, lo cual puede fungir como una fuerza de inercia para buscar Medicina como una profesión. Es decir, en aquellos casos en donde desde pequeños sabían querer ser médicos y nunca cuestionarse esa decisión, puede influir fuertemente a que la disposición que adopten en su habitus sea más proclive a invertir capitales en un sistema que desde un inicio, saben que los invadirá. Bourdieu lo planteó en sus trabajos: los poderes que regulan los movimientos de competencia para ascender en el campo sólo se ejercen bajo la condición de que los recién ingresados acepten entrar en el juego de la competencia, y reconocer, por lo tanto, lo que está en juego. (Bourdieu, 2008, p. 119) Añadiendo a esto, más concretamente, sería pertinente explorar si la decisión de estudiar medicina y permanecer dentro del sistema se fortalece mediante el pensamiento meritocrático “desde pequeño quise esto y ahora lo logré” y esto, a su vez, favorece la conservación del sistema.

Vuelve complejo también para el análisis del habitus que los estudiantes de la universidad nacional tengan una procedencia de niveles socioeconómicos distintos. Como un ejemplo de indicador, según el Portal de Estadística Universitaria, para la licenciatura de Médico Cirujano, las frecuencias estadísticas de ingresos familiares son muy variadas como se observa en las siguientes tablas:

Ingreso familiar del estudiante	Frecuencia	Frecuencia relativa
Menos de 2 salarios mínimos	151	18.41%
De 2 a menos de 4 salarios mínimos	244	41.95%
De 4 a menos de 6 salarios mínimos	159	19.39%
De 5 a menos de 8 salarios mínimos	90	10.98%
De 8 a menos de 10 salarios mínimos	40	4.88%
Más de 10 salarios mínimos	36	4.39%
Sin información	0	0

Tabla 1. Ingreso familiar mensual en estudiantes que ingresaron por pase reglamentado a la licenciatura de Médico Cirujano en el año 2010 (UNAM, 2017)

Ingreso familiar del estudiante	Frecuencia	Frecuencia relativa
Menos de 2 salarios mínimos	20	6.71%
De 2 a menos de 4 salarios mínimos	43	14.43%
De 4 a menos de 6 salarios mínimos	56	18.79%
De 5 a menos de 8 salarios mínimos	48	16.11%
De 8 a menos de 10 salarios mínimos	47	15.77%
Más de 10 salarios mínimos	82	27.52%
Sin información	2	0.67%

Tabla 2. Ingreso familiar mensual en estudiantes que ingresaron por concurso de selección a la licenciatura de Médico Cirujano en el año 2010 (UNAM, 2017)

La procedencia de los estudiantes afecta a la conformación del habitus, y resulta reduccionista generalizar un mismo fenómeno para todos los estudiantes cuando provienen de familias y vivencias muy distintas; considerando que Bourdieu plantea que las experiencias anteriores se acumulan y también determinan la disposición de los actores. Además, hay que reconocer que el hecho de haber estado familiarizados con el campo médico por parientes también influye en la incorporación de lo que se aspira o no se aspira ser como médicos. Por ejemplo, como en el caso de Mauricio, el participante siempre estuvo expuesto a un tipo de medicina más orientada a lo social, mientras que el caso de Carlos estuvo en contacto con una medicina especializada y centralizada.

La centralización es un tema que nos conduce hacia el espacio social explorado en las entrevistas. Anteriormente, la centralización ya había sido identificada como una problemática tanto del sistema de salud como de la educación médica. Monroy, Vivas y Solana (2010) plantean que la descentralización de la educación médica debe ser considerada una prioridad, pero también reconocen la dificultad de hacerlo, ya que la descentralización no es un proceso de un solo fenómeno; requiere del acompañamiento del diseño de políticas públicas que lo apoyen y su adecuada ejecución. A través de diversas implementaciones de reformas y cambios estructurales en las instancias de salud, particularmente el IMSS y la Secretaría de Salud, se ha trabajado en la

descentralización del sistema de salud desde los años ochenta (Monroy, Vivas y Solana, 2010). Se trata de un proceso lento y que sigue en movimiento, y los autores refieren que se esperaba que esta descentralización a la larga resulte en una mejor atención en los diversos sectores de salud, mejorando el nivel de desarrollo social del país en general.

Sin embargo, para que esto funcione, la educación médica debería articularse a este fenómeno de forma paralela. Anteriormente, la educación era centralizada también debido a que hasta 1960, no existían escuelas de medicina fuera de Ciudad de México, no obstante son sólo ahora dos entidades federativas las que no cuentan con una, Baja California Sur y Quintana Roo (Monroy, Vivas y Solana, 2010). Desafortunadamente, que existan más escuelas de Medicina en más entidades federativas además de la capital más de medio siglo después, no resulta suficiente. Los estudiantes siguen conceptualizando los institutos de tercer nivel en Ciudad de México como los mejores lugares para estudiar medicina, peleando por estas sedes con el capital cultural simbólico por excelencia: su promedio. Esto, en teoría, deja desprotegidas a las personas que acuden a centros de salud fuera de la localidad, aunque no es una regla. No obstante, generalmente los estudiantes quienes no pueden elegir sedes por promedios bajos, son en ocasiones relegados a sedes en zonas rurales. A su vez, estos estudiantes quedan también en desventaja, ya que sin que una calificación sea indicador totalizante del tipo de estudiante que son, de igual manera se les trata como malos estudiantes en estas sedes. Y probablemente, me atrevería a decir que en muchos casos, es posible que los supervisores mismos en estas sedes fuera de Ciudad de México aspiraran a algo más centralizado, por lo que los “ciclos de nunca acabar” a los cuales los participantes hicieron referencia se materializan: el superior, frustrado con su posición, trata autoritariamente y abusivamente al estudiante con bajo promedio, que, al finalizar la carrera y –de lograr colocarse en una institución de salud como supervisor– sentirá la misma frustración para con sus estudiantes, tratándolos de la misma forma.

Resulta importante señalar que los participantes durante las entrevistas problematizaron al espacio social según donde cada uno se desempeñó, en especial, como interno y como médico pasante, dejando punto ciegos a sus críticas del mismo. Es decir, los participantes, como probablemente otros en su misma situación, identificaban que la problemática del sistema educativo y de salud del país tenía una raíz en la administración de los recursos. A pesar de tener en claro las consecuencias de la desigualdad social, la mayoría no pareció cuestionarse si hay una

parte de ellos que perpetúe la organización centralizada del sistema, exceptuando a Mauricio, quien estaba muy consciente de este hecho.

Aunado a la centralización, Monroy, Vivas y Solana, en el artículo previamente citado, delimitan otro reto de la educación que acompaña al sistema de salud que es pertinente caracterizar en torno al espacio social. En este estudio se destaca que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), siendo la institución que proporciona más espacios para estudiantes en sus Unidades Médico Familiares, es una institución pública en donde

...el funcionamiento [...] tiende a ser rígido y cotidiano, lo cual promueve que las actividades laborales se vuelvan carentes de sentido para los trabajadores, generando entonces que los ambientes laborales se dirijan al cumplimiento laboral y si acaso a la productividad y eficacia, pero desestimando otros factores (p. 153).

Ante este escenario, el IMSS se ha plasmado como una estructura que fomenta el autoritarismo que se replica en el ámbito académico, dando como resultado que la educación siga más un modelo tradicional en donde los alumnos son vistos como receptáculos de conocimiento sin capacidad de crítica. Este modelo de educación tradicional se ha vuelto un obstáculo, ya que vuelve la práctica de los estudiantes una práctica estereotipada e inflexible ante los cambios sociales (Monroy, Vivas y Solana, 2010). Para hacerle frente a este reto, se han puesto en acción diferentes estrategias desde hace 20 años en la institución, como la impartición de cursos de formación de profesores y capacitación del personal del IMSS no sólo en torno a nuevas técnicas y nuevas tecnologías, sino también en la formación de habilidades, actitudes y valores adecuados para su práctica profesional (*idem*). Bajo el marco que este reto plantea se construyó el Plan de Estudios 2010 de la Facultad de Medicina, lo cual indicaría que se están realizando cambios para enfrentar este reto. No obstante, a siete años de la publicación de este estudio, queda claro que al respecto aún falta mucho camino por recorrer, ya que, como bien fue mencionado en algunas de las entrevistas, lo que muchas veces se esperaba de los estudiantes era un actuar rígido e incluso similar a una máquina.

El IMSS no es la única institución que presta espacios para que los estudiantes adquieran experiencia, como ya fue establecido. La Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) –instancias gubernamentales– así como hospitales del sector privado también contemplan a los estudiantes de medicina como una parte funcional de su estructura. Los movimientos dentro de estas instituciones, además de la

Facultad de Medicina, componen al campo médico. Aunque la organización en todas estas instituciones es jerárquica, la rigidez de las mismas varía de hospital a hospital dentro del mismo campo. Esto vuelve también variante a la génesis del habitus de los estudiantes, ya que irán incorporando diferentes disposiciones según las jerarquías que vayan internalizando. Hay que destacar que, según lo que los participantes comentaron, en los hospitales de menos renombre académico, las jerarquías son más rígidas y los superiores que examinan a los estudiantes son más autoritarios. Por el contrario, hospitales como los institutos de tercer nivel de la Secretaría de Salud en la Ciudad de México se conocen por cuidar más de sus estudiantes y que la formación que se imparte dentro de ellos sea menos autoritaria. Si consideramos que los estudiantes destacados elegirán las sedes de renombre, ellos incorporarán ciertas disposiciones a la acción, mientras que aquellos estudiantes con promedios más bajos irán incorporando lo que sucede en las instituciones más autoritarias. Bourdieu (en Jiménez, 2015) al hablar de espacio social expone que la posición que los agentes ocupen en el espacio social dirigirá “las representaciones de ese espacio y las tomas de posición en las luchas para conservar el espacio o transformarlo”.

Vale la pena profundizar en lo que esto representa. Si sólo una cantidad limitada de estudiantes tiene acceso a instituciones en donde la jerarquía del campo es menos marcada y con “mejores” médicos como docentes (es decir, aquellos que estén en una posición elevada en el campo), entonces sólo esa misma cantidad limitada de estudiantes incorporará una disposición distinta del autoritarismo normativo del campo médico, ya que sus experiencias dentro de los hospitales serán más tranquilas y aprovechables. Aunado a esto, si se piensa en la diferencia de trayectorias que podrán seguir este “grupo selecto” de estudiantes, los alumnos destacados académicamente hablando, con más capital cultural simbólico de utilidad para moverse dentro del campo, serán aquellos que alcanzarán posiciones superiores en el campo. Entre estas posiciones están aquellas que proponen y propician los cambios en el sistema educativo médico. Basta con mirar dentro de la UNAM: en los últimos setenta años de la Universidad, siete de los rectores han sido médicos egresados de la Facultad de Medicina.²⁷ Como es señalado por Ordorika Sacristán (2013), la UNAM ha sido, históricamente hablando, “el centro de mayor importancia para la formación de élites, tales como políticos, intelectuales, hombres de negocios y hasta algunos miembros de las jerarquías católicas y militares fueron educados, reclutados y formaron redes en

²⁷ A partir de 1946, los rectores que han sido de profesión médica: Salvador Zubirán, Ignacio Chávez, Guillermo Soberón, Octavio Rivero Serrano, Juan Ramón de la Fuente, José Narro Robles y Enrique Graue Wierchers.

la UNAM” (Ordorika Sacristán, 2013, p. 121), por lo que cabe agregar que la mayoría de estos funcionarios públicos no sólo fueron egresados de la Facultad de Medicina, sino que también contaban con otros tipos de capital social y cultural; la mayoría de ellos realizaron estudios en el extranjero, por ejemplo.

Si pensamos en el libro *Homo Academicus* (1984/2008), Bourdieu analiza la posición de los docentes en las universidades, y entre sus observaciones, indica que aquellos en posiciones altas en la jerarquía, son aquellos con una cantidad considerable de capital universitario. Según el sociólogo francés, la cantidad del capital universitario con el que cuenta un agente (obtenido a través de estudiar en instituciones de prestigio como La Sorbona) no es indicador de su capacidad intelectual, sin embargo, lo plantea así: “el capital llama capital y la ocupación de posiciones que confieren peso social determina y justifica la ocupación de nuevas posiciones” (Bourdieu, 2008, p. 116). Contextualizando esta reflexión con respecto de este proyecto, se puede entender que únicamente aquellos estudiantes que logren destacar académicamente desde un inicio, podrán colocarse en posiciones altas en la jerarquía del campo médico en un futuro; que mientras más asciendan en la jerarquía, más probable será su ocupación de posiciones de más poder; y viceversa, mientras más rezagados se encuentren, menos probabilidad de ascender tendrán. Entonces, las probabilidades de ascender toman una forma piramidal, como Bourdieu lo propone:

...para que el mecanismo funcione, evidentemente es necesario que muchos competidores dotados de los mismos títulos y pertenecientes a la misma generación escolar compitan por los mismos puestos, es preciso que sean un número suficientemente pequeño para razonablemente poder aspirar a los puestos ofrecidos e identificarse por adelantado con sus ocupantes.” (*idem*, 2008, p. 121)

Además, Bourdieu detalla más adelante: la postura que tomen los docentes ante un problema social, se ve influenciada directamente por los intereses que se asocian con su posición en el campo académico (*idem*, 2008). Esto dictará la disposición a la acción que ellos adopten, por lo que si pensamos que en el campo médico también sucede esto, entonces aquellos médicos con más capital simbólico, incorporarán la estructura del espacio por el que transitaron: uno privilegiado, y al momento de tener poder de transformación en sus manos, es más probable que lo utilicen para continuar favoreciendo situaciones que conserven la estructura como la experimentaron ellos, sin considerar que su experiencia tiene un punto ciego por el hecho de pertenecer a una élite académica. Y si consideramos que quienes se inscriban a esa élite académica serán aquellos estudiantes que carguen con un capital cultural, social y económico más elevado al de otros compañeros al ingresar a la licenciatura, las diferencias sociales se

mantienen, enmascaradas por medio de la acción educativa, como lo plantean Bourdieu y Passeron tanto en *Los herederos: los estudiantes y la cultura* (1964/2003), como en *La Reproducción* (1970/2009).

Además, Ordorika Sacristán (2013) indica que frente a la globalización, la UNAM ha adoptado un discurso “más bien nebuloso de eficiencia y productividad, con un énfasis puesto en la producción comercial de conocimientos, competitividad, excelencia y desarrollo económico a expensas de los estudios de licenciatura, la democratización y la justicia social” (*idem*, pp. 124-125), lo cual la ha llevado a un intento por emular a las universidades insignia²⁸. Como este autor propone, este tipo de universidades normalmente sostienen tradiciones elitistas a través de hacer el ingreso selectivo, llevar a cabo investigación de alto nivel, así como la formación de profesiones de élite (*idem*, 2013). Si pensamos en la estructuración del campo médico desde su difícil ingreso, hasta cuestiones más detalladas como la existencia de los grupos de Alta Exigencia Académica, se puede pensar en que esta formación de profesiones de élite sucede en cierto nivel. Además, la UNAM es la universidad más prestigiada de todas las universidades mexicanas (*idem*, 2013), haciendo que cumpla con el requisito para ser considerada como universidad insignia. La diferencia es que las universidades insignia, normalmente localizadas en Estados Unidos, no se encuentran centralizadas de la misma forma que una universidad constructora de Estado (UCE) como la UNAM, además de que, siendo una UCE, su propósito inicial también era distinto.

Llamó la atención, sin embargo, que la aspiración a alcanzar un cargo político como médicos casi no fue una mencionada o identificada por los participantes; exceptuando dos casos; uno identificando a un exsecretario de Salud Julio Frenk como un ejemplo a seguir, colocando a esa posición como una alta por alcanzar; la otra afirmando que le gustaría utilizar sus conocimientos en psiquiatría y estudios de género para poder formar parte de nuevas legislaciones para las minorías LGBTTTIQ. Había que recalcar este matiz, debido a que, como Jiménez (2015) menciona, el hilo conductor que dirige el entendimiento del espacio y la forma de actuar dentro de él es ultimadamente la posición que el agente ocupa en el espacio. Ésta es la coyuntura entre espacio social y habitus, determinando su disposición hacia la transformación o hacia la conservación.

²⁸ La universidad insignia es aquella de gran prestigio, una universidad líder en su país, o la mejor entre varias instituciones de educación superior estatales o nacionales.

En este mismo respecto, me gustaría detallar la consideración de los capitales en los estudiantes y la necesidad de desenmascarar las promesas que el estudiar medicina hace a los jóvenes en cuanto su acumulación. Bourdieu y Passeron, en *Los herederos: los estudiantes y la cultura* (2003) quieren transmitir la idea de que las instituciones académicas glorifican a los estudiantes que tienen una procedencia familiar más cargada de los tres tipos de capitales. Es decir, estos estudiantes, según los dos autores, son puestos en situaciones con cierta ventaja con respecto a sus demás compañeros, bajo una máscara de “igualdad” de oportunidades escolares que ponen en alto sensibilidades y conocimientos previos que cada alumno trae de sus familias como capital cultural encarnado. Es de suma importancia poner en evidencia dichas condiciones familiares y sociales que resultan en estas ventajas de las que hablan Bourdieu y Passeron.

Aunque es el menos oculto, el capital económico no fue uno muy explorado a lo largo de las entrevistas, por lo que queda la duda de si en realidad no apareció en las conversaciones por no tener relevancia para los médicos o bien, por alguna falla del instrumento. No obstante, si consideramos que cuatro de los seis participantes eligieron orientarse por una rama quirúrgica de la medicina, detrás de esa elección –invariablemente de si sea la principal o no– existe la esperanza de una buena remuneración económica, aunque sea en el largo plazo. Además, la carrera de medicina es una en que la remuneración económica inicia tardíamente, por lo que los estudiantes deben provenir de familias que puedan apoyarlos con gastos mientras continúan siendo estudiantes por varios años más que cualquier otra disciplina o profesión.

En cuanto a capital social, al ingresar a la licenciatura, lo más frecuente es que los estudiantes cuenten con el apoyo de sus familias y amigos; no obstante, tener familiares que ya están dentro del campo médico es una ventaja inicial para los estudiantes. En general, todos hablaron de perder contacto con sus amigos, pero entendido desde Bourdieu, esto quizá no puede ser considerado como capital social perdido, porque no es algo que se aspira a conservar ni tiene una "utilidad" propia para poder movilizarse en el campo. El perder o alejarse de los círculos sociales previos a la carrera es una pérdida colateral que todos parecen experimentar, aunque algunos de formas más marcadas que otros. No obstante, el capital social, no parece tener peso importante durante la duración de la licenciatura, ya que, por lo general, no proporcionará más o menos movimiento en el campo. Es más bien el capital cultural simbólico contenido en el promedio el que va a poder transformarse en un futuro en capital social, ya que, como se dijo

anteriormente, este promedio permitirá al estudiante estar en instituciones de más renombre y estar en más proximidad de médicos en posiciones elevadas en el campo. Es probable que este capital social acumulado durante la licenciatura, sea de más utilidad al momento de elegir una especialidad, pero habría que explorar más el proceso de selección en los hospitales para las residencias médicas.

El capital cultural, en cambio, de los estudiantes de medicina al ingresar puede ser muy variado, dependiendo de su familia de origen, particularmente cuando se trata del encarnado, como señalé en los resultados; de esta diversidad ya se habló un poco anteriormente. Sin embargo, así como la transmisión de capital cultural encarnado opera en la familia, también opera en las instituciones. El ser alumno de un médico con gran capital cultural simbólico (que sepa mucho, que sea muy reconocido, que sea buen docente, que haya hecho estancias en el extranjero) definitivamente difiere de tener un médico docente que no tenga estas credenciales, por lo tanto, la transmisión de este capital cultural dentro en el sistema educativo médico debe ser hecha visible, si es que se está abogando por una educación más equitativa -que no quiere decir que todos los médicos deban contar con una experiencia en el extranjero- pero sí estar igualmente capacitados para impartir una asignatura. No obstante, lo que más interesa visibilizar en este respecto es el capital cultural simbólico que se encuentra más enmascarado detrás de argumentos meritocráticos: el promedio de los estudiantes como el elemento clave para poder tener la posibilidad de elegir los institutos en donde se formarán, que normalmente reiteran en ser los mismos para formar parte de la élite médica. Si los alumnos de medicina ingresan a la facultad en posiciones diferentes en el campo por la estructura del espacio social nacional, entonces habrá aquellos quienes cargarán las ventajas de las cuales Bourdieu y Passeron hablan; y pasa como tal: aquellos alumnos que provienen de escuelas particulares grandes y establecidas, generalmente obtienen mejores puntajes en los exámenes diagnósticos aplicados al ingresar, estos puntajes son utilizados para asignar el orden de inscripción a los grupos de primer semestre, por lo que desde el inicio de la carrera, las desigualdades operan y se refuerzan. Buscar opciones más justas para proporcionar oportunidades iguales (como la de un curso propedéutico para aquellos alumnos que estén más rezagados), quedan sin explorarse, probablemente por la complejidad burocrática que esto representaría, pero también quedan ocultas tras el argumento de que todos los alumnos tienen la capacidad y deberían esforzarse por sacar buenas calificaciones, cuando en realidad, las oportunidades no son las mismas porque no cuentan con los mismos profesores, ni con las

mismas sedes hospitalarias. No obstante, reconozco que este problema no es único de la Facultad de Medicina, sino que es un fenómeno que es común a la mayoría de las Escuelas y Facultades de la UNAM: un gran reto a superar de la universidad pública.

Si bien el espacio social, la posición en el campo y los capitales juegan un papel clave en la formación del habitus, la exploración del currículo formal, real y oculto de la licenciatura resulta también otro punto de alta relevancia para así acercarnos a los fenómenos que Bourdieu plantea: la inculcación, la incorporación y los eventos de violencia simbólica que surgen a raíz de la acción de enseñanza en las aulas y los hospitales; aquellos fenómenos a los que como tales, Bourdieu hace referencia como los que forman la génesis del habitus.

En el primer capítulo de este texto examiné a fondo el currículo formal de la carrera de Médico Cirujano en la UNAM a partir de detallar las propuestas del Plan de Estudios 2010. Las entrevistas realizadas, a su vez, permitieron que esbozara aspectos del currículo real y el currículo oculto, permitiendo así realizar un contraste con lo propuesto en los documentos, además de identificar en lo oculto, ocurrencias relevantes para la formación médica. Como se exploró en el mismo capítulo de este trabajo, el currículo formal plantea que la primera competencia que un médico debe desarrollar es el pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información. El aprendizaje a lo largo de la licenciatura –en el currículo real– es descrito como uno rígido, incluyendo la forma de evaluación a través de exámenes largos y de opción múltiple y el trato a los pacientes lo más rápido posible. El dinamismo de una persona, a pesar de ser biológica y estructuralmente similar a todas, es un fenómeno que no puede ser aprendido a través de estos métodos de enseñanza. Castro y Erviti (2010) mencionan que la perspectiva médica construye y aprehende a las personas no como ciudadanos, sino como pacientes y como tal, se les ha ubicado en la parte más baja de la jerarquía del campo. Es decir, se concibe a la persona como un recipiente pasivo de los servicios de salud, y se aprende –a través de el currículo real y el oculto– a tratarla como tal. Habría que entender entonces, en el planteamiento del plan de estudios, lo que se entiende por el desarrollo de pensamiento crítico y juicio clínico, ya que la forma real en que se inculcan los conocimientos a los alumnos parece fomentar exactamente lo contrario: la capacitación de personas que funcionen simulando una máquina, con un funcionamiento rígido y estructurado, tratando a los pacientes más como otra máquina, que como una persona real. Además, el Plan de Estudios 2010 plantea que se debe evaluar cada una de estas competencias para cotejar con los perfiles intermedios de formación propuestos, y que, de

identificar rezagos, se ofrecerán programas de apoyo para lograrlas. No obstante, si la forma de evaluar el pensamiento crítico es un examen de opción múltiple en donde, en lugar de buscar que el alumno piense, responda de memoria lo aprendido en un libro, parece difícil de lograr; y si al cometer un error, el alumno es sancionado con tareas repetitivas y castigos que, como Castro y Erviti plantean –se utilizan más como recursos didácticos y “como recurso para disciplinar y afianzar una jerarquía” (*idem*, 2010)– parecería entonces contraproducente en contraste con el objetivo de desarrollar la competencia de pensamiento crítico. Generar este tipo de rigidez de pensamiento en los estudiantes por medio de estos recursos didácticos puede obstaculizar la práctica médica al propiciar una práctica cuadrada de la medicina, y eso, a su vez propiciar que las prácticas para con los estudiantes tomen este tinte rígido y cuadrado, como lo describían Monroy, Vivas y Solanas (2010).

Otro elemento a matizar acerca de la génesis del habitus son las cuestiones incorporadas a partir del currículo oculto. Si bien el currículo formal establece que el objetivo general del plan de estudios es “formar médicos capaces y competentes para ejercer la medicina general del calidad en ambientes complejos y cambiantes” y, normalmente, se alienta a que los estudiantes confíen más en la medicina general y preventiva, resulta contradictorio que el contenido temático del plan de estudios se encuentre aún organizado por las diferentes especialidades a la que un médico podría dedicarse. Es decir, los estudiantes incorporan el espacio social organizado por especialidades, por lo que no es sorprendente que los estudiantes continúen eligiendo como opción principal profesionalizante realizar una especialidad, debido a que la figura del médico general se encuentra muy poco valorada en nuestro país. Aunado a esto, Castro y Erviti (2010) enlistan otras dimensiones que se incorporan a partir del currículum oculto que me gustaría puntualizar, a pesar de que no fueron temas centrales en los resultados de esta investigación. En primer lugar, estos investigadores identificaron que los aprendizajes acerca de la imagen personal que un médico debería proyectar es algo que los estudiantes comienzan a internalizar desde el primer día, ya que reciben discursos por partes de los docentes que versan acerca de que “ya no son como los demás, son médicos y deben saber diferenciarse de los demás”, por lo que se les exige la vestimenta blanca y portar la bata. Es “un trabajo institucional de construcción de una nueva identidad, la del médico” (*idem*, 2010), que si bien los participantes de este proyecto tuvieron opiniones distintas del significado de la bata, esta formación de una nueva identidad a partir de su imagen, parecería más bien un fenómeno normalizado entre ellos. En segundo lugar, estos

autores señalan que otra dimensión que se va incorporando a su habitus es el papel de los castigos: es decir, la normalidad de su existencia como “vehículo que transmite conocimientos”. La tercera dimensión de la cual hablan Castro y Erviti (2010) es el aprendizaje del orden de la jerarquía en los hospitales y, en general, en el campo médico. Como fue expuesto por los participantes, en ocasiones ellos no podían dirigirse a un superior que no fuera su inmediato, siendo rechazados por ellos y teniendo que pasar los mensajes a través de quien estuviera inmediatamente por encima de ellos en la jerarquía. A todo esto, me parece relevante especificar que los participantes reconocieron que las experiencias como éstas – los castigos y las formas de experimentar las jerarquías– variaban de hospital en hospital, por lo que no se incorporan las mismas prácticas al habitus. El currículo oculto de la carrera, entonces, parecería diverso. Mis informantes, al ser estudiantes de “alto rendimiento” y contaron con la oportunidad de explorar diferentes opciones, construye un habitus en donde parece que la disposición a actuar considera la posibilidad de la elección. Es decir, ellos incorporaron a su vivencia que el hacer una carrera académicamente calificada y no tan autoritaria, reside en que uno escoja las sedes adecuadas, sin visibilizar realmente que ese poder de elección no es igual para todos. Este habitus se construye diferenciado de aquellos estudiantes quienes no pueden elegir sus sedes y que incorporan más “a la fuerza” lo que sus hospitales sede les imparte.

Es importante señalar, en este proceso pedagógico, lo que sucede con el servicio social. Hay que destacar que el concepto del servicio social comenzó formalmente en el sexenio de Lázaro Cárdenas en la carrera de medicina, con Gustavo Baz como el director de la Escuela Nacional de Medicina. La idea era llevar profesionales a comunidades campesinas para su atención médica. Los fines iniciales planteados, como lo explican Mazón, Delgado, et. al. (UNAM, consultado en 2017) eran la labor de educación higiénica y médica; servicio médico profiláctico y curativo; investigación científica sanitaria de la región en donde esté practicando y la colaboración efectiva con el departamento de salubridad para la elaboración de estadísticas. La idea del servicio social entonces, como la explicaron los informantes, se ha deformado con el paso del tiempo; sólo dos de ellos destacaron la importancia de realizar labores en localidades rurales, y los demás consideraron al servicio como una extensión de su formación académica, cuando en realidad, el papel propone que el servicio social se lleva a cabo en el momento en que el estudiante deja de serlo y se vuelve un profesional. Los informantes, sin embargo, se encontraban en la disyuntiva de sentirse no lo suficientemente preparados para ser los médicos en

comunidades como la razón principal para no salir, por lo que aparentemente, las competencias que propone el plan de estudios divididas en perfiles, no parecerían estarse alcanzando. La duda de no estar preparado para atender como médico tratante principal, incorporada a cuenta gotas por sus experiencias a lo largo de la carrera, aunado con la situación de inseguridad en el espacio social, marca una bandera de alerta a revisarse en el plan de estudios, tanto en lo que sucede como currículo real y oculto para tomar medidas en ambos, de modo que se acerque más a lo que el currículo formal propone, o bien, hacer las modificaciones en el currículo formal pertinentes para que en este respecto, el servicio social se retome para lo que inicialmente fue ideado.

Otro aspecto a reflexionarse con respecto a la incorporación e inculcación es la situación de las asignaturas optativas propuestas en el currículo formal. Si se hace una revisión de la lista de las optativas que el Plan 2010 ofrece, las asignaturas versan en temas médicos especializados como son la oncología, la genética y la radiología, por mencionar algunas. Algunos de los participantes señalaron un deseo de contar con opciones de optativas que no estuvieran enfocadas en temas especializados de medicina, sino en disciplinas distintas. Si el objetivo de las asignaturas optativas es “promover el fortalecimiento de conocimientos necesarios para la comprensión de las obligatorias, la inserción y desenvolvimiento personal del estudiante en escenarios nuevos de aprendizaje y su maduración psicopedagógica y la reafirmación de su orientación vocacional” (UNAM, 2009), ¿cómo se pretende que a través de asignaturas que tienen un contenido temático de alta especialidad en ciencias biomédicas, se pueda alcanzar un desenvolvimiento personal adecuado, desarrollar la maduración psicopedagógica y particularmente, la reafirmación de su orientación vocacional, que requeriría un cuestionamiento a profundidad de la práctica médica? Esta clase de ocurrencias en el currículo real conducen mi reflexión a que muchas de las elecciones que un estudiante de medicina debe tomar son debidas a que las opciones para elegir algo distinto son reducidas en cantidad y disponibilidad.

Además, que un estudiante se vea orillado a tomar una decisión porque la alternativa es no poder continuar con el avance de sus créditos y de su carrera académica, podría considerarse como un tipo de violencia simbólica. Es decir, aunque pocos participantes identificaron conductas hacia ellos o hacia sus compañeros como abiertamente violentas, muchos sí consideraron que el “aguantarse” era una estrategia de supervivencia: el soportar regaños no merecidos, el ser asignados tareas que no tenían que ver con su desarrollo profesional y académico como tal, era interpretado como el único camino sensato para elegir. En una

licenciatura diferente, el no asistir a una clase o el no presentar un examen regularmente no representa una consecuencia mayor en la trayectoria del estudiante mas que tener que recursar la asignatura. En Medicina, no existe la posibilidad de saltarse un día de guardia, de llamar para excusarse como enfermo; no existe la posibilidad de dar de baja una asignatura porque eso representa la pérdida de un ciclo completo (de una duración de un año). Además, como uno de los entrevistados comentó acerca de comenzar a ir desde estudiantes a los hospitales, “es dejar de ir a la escuela y empezar a ir a trabajar, aunque sigas siendo estudiante”. Parecería un tanto contradictorio que el estudiante siga siendo estudiante pero al mismo tiempo se le está exigiendo una maduración en un ciclo de cuatro a seis meses, cuando comienzan a asistir a los ciclos clínicos. Ese tipo de presión, para un o una joven que apenas comienza la vida adulta, puede resultar muy desgastante; ese currículo oculto obliga a los agentes a adoptar e incorporar un estilo de vida en que descuidan sus hábitos alimenticios, de sueño y de salud en general, por poner por encima de ello a su formación académica. Sin embargo, aceptan estas imposiciones, porque es lo que se debe hacer para aprobar el ciclo académico. Considero que el sentimiento de agencia personal desempoderada ante su cotidianidad por parte de algunos médicos, como consecuencia de aceptar aquello de lo cual, no cuentan con herramientas para resistirse, es un sentimiento que los va invadiendo y que poco a poco, puede también llegar a convertirse en parte de su disposición a la acción.

Hasta ahora, he matizado las particularidades del habitus médico, sin discutir el habitus como tal. Si pudiera tomar una fotografía que representara al habitus del médico recién egresado, ésta tendría que reflejar las características del sentido práctico de estos agentes, así como su forma de pensar que los predispone a la acción. Una vez que egresan, el sentido práctico de los agentes generalmente se inclina por continuar con los estudios de posgrado materializada en una especialización de su elección, ya que, a partir de la incorporación del campo y espacio social, se articuló dentro de ellos que es la forma de hacer medicina. Que sea una elección propia es algo característico del grupo estudiado en este proyecto, por su posición de privilegio: el privilegio de poder elegir (y que considero que muchas veces, ellos lo confundían con suerte).

Bourdieu, en su reflexión con Wacquant, ya había mencionado:

La tendencia a la autorreproducción de la estructura sólo se realiza cuando logra la colaboración de agentes que han internalizado su necesidad específica bajo la forma de habitus y que son productores activos, aun si consciente o inconscientemente contribuyen a la reproducción. Habiendo internalizado la ley inmanente de la estructura bajo la forma de habitus, realizan su necesidad en el movimiento espontáneo mismo de su

existencia. Pero lo que es necesario para reproducir la estructura sigue siendo una acción histórica, realizada por verdaderos agentes. (Bourdieu y Wacquant, p. 204, 2005)

Si el objetivo de este estudio era determinar qué tan invadidos se encuentran los estudiantes por el sistema educativo según su habitus, para inclinarse por conservarlo o transformarlo, podríamos decir que se esboza que la mayoría de los estudiantes entrevistados, aceptan la invasión y saben trabajar con ella para salir adelante, a través de perseguir el grado de especialista o inclusive subespecialista.

No obstante, una de las bondades del trabajo cualitativo es poder señalar la diferencia, por lo cual, hay que mencionar también que sí existen ciertas resistencias en los agentes estudiados. Ejemplos desde que un participante levantara quejas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos por el regaño de una médico superior; querer ser un buen docente para las futuras generaciones; hasta que se elijan especialidades más “humanitarias” como la psiquiatría, son pequeñas resistencias que, si bien no transforman de raíz al sistema, sí visibilizan una forma distinta de conducirse en el campo. Pero el claro ejemplo de esta resistencia fue el participante que busca extender sus estudios pero hacia una medicina más social a través de la salud pública. Considero que esta disposición subversiva hacia el sistema educativo únicamente fue posible por el espacio social sobre el cual él navegó: como ser originario de un pueblo en una de las entidades federativas con más carencias del país, ser hijo de una mujer médico orientada hacia lo social, así como el círculo de amistades que construyó en la licenciatura (que es el factor al que él le atribuye el desarrollo de su pensamiento crítico). De aquí la importancia y la representación que un habitus no es determinista ni estático, y que se ve empapado y construido considerablemente por experiencias (tanto aquellas consideradas como capital y aquellas que no) previas en la vida de los agentes.

5.1 Algunas consideraciones

La situación educativa de los médicos, no sólo de la Facultad de Medicina, sino de todas las escuelas de medicina del país enfrenta un reto con tantas aristas que quizá es inapropiado etiquetarlo como un solo reto. Estudiar la situación de los estudiantes de medicina resulta complejo al contextualizarlo dentro del sistema de salud del país, y el sistema de salud se coloca entre las líneas delimitadas por el sistema económico y político del país, aunado a las condiciones sociales que éstos conllevan. Alarcón (2010, p. 316) lo reconoce también, “la educación médica, por sí misma, ha tenido siempre una importancia estratégica para el gobierno de México al dar

cumplimiento a los ordenamientos constitucionales de educación y protección a la salud, que coincidentemente convergen en el proceso educativo de los médicos”.

Dicho de otro modo, el sistema de salud se recarga invariablemente en el sistema educativo médico. Un ejemplo concreto es el papel de los internos en las diferentes instancias prestadoras de servicios de salud ya que, al mismo tiempo que son estudiantes, juegan un rol que es indispensable cumplir para el funcionamiento adecuado de aquéllas. Sin embargo, como algunos de los participantes como internos identificaron pocas veces es protegido por la Secretaría de Salud (ante amenazas externas a las instituciones como a los castigos enmascarados), a pesar de estar regulado por la Norma Oficial Mexicana. Y el sistema de salud que atraviesa al sistema educativo a su vez se encuentra influido por diferentes condiciones nacionales. Un ejemplo a citar sería la crisis económica mexicana sobre la educación superior pública explicada por Alarcón (2010), que tiene efectos en elementos que van desde el presupuesto que una institución tenga para el desarrollo de actividades de investigación, hasta los salarios de los profesores; todos componentes cruciales del sistema educativo. Al enfrentarse a retos de tan diferentes naturaleza y éstos estar interconectados, el análisis del sistema educativo médico debe hacerse de forma cuidadosa y recordando todas las aristas que lo atraviesan.

Es por esto que me parece pertinente señalar que en el quehacer de este proyecto, ciertas condiciones operaron para obtener los resultados que aquí se reportan y se ponen a discusión. Primeramente, la estrategia de muestreo, hecho por conveniencia y apoyado por mis redes sociales por cuestiones de recursos (económicos, de tiempo, y alcance de investigación) redujo la posibilidad de tener un grupo de participantes realmente variado. Es decir, los participantes, al ser conocidos de conocidos personales, están contenidos dentro de un círculo social cuyas características son muy similares: haber estudiado en escuelas particulares, conocer un idioma extranjero, la posibilidad económica de hacer un semestre de intercambio. A pesar de esto, la pequeña variación que hubo entre los participantes en sus características y el habitus plasmaron en sus entrevistas, me permitió comprender que muy seguramente, el habitus de un estudiante con capitales distintos de los de ellos, no sería el mismo. Considero el capital –de todos tipos– como importante, ya que un mismo habitus –tomando en cuenta experiencias previas y familias de origen– no puede ser el mismo en un agente proveniente de una familia sin dificultades económicas, a un agente que sí se enfrentó a ellas, ya que las motivaciones por las cuales se elige la carrera de médico cirujano no serían las mismas. Los capitales que se buscan obtener de la

inversión no son los mismos en unos agentes que en otros y, por lo tanto, el habitus con el cual se desenvuelven en su campo tampoco será igual.

También reconozco que metodológicamente, quizá hubiera resultado más ilustrativo para explorar las subjetividades de los entrevistados realizar grupos focales, sin embargo, se optó por las entrevistas debido a que la población con la cual trabajé tiene dificultades de horarios disponibles, por lo que concretar un estudio de grupos focales con las características deseables para un trabajo de investigación de calidad resultaba un obstáculo. Además, la observación dentro de su quehacer también hubiera resultado de gran utilidad para mirar al habitus en acción, en lugar de explorarlo a través de formas de pensar, no obstante, también representaba una barrera importante el hecho de que realizar observaciones en instancias de salud puede resultar incómodo para los pacientes, los médicos e incluso la presencia de un investigador externo puede resultar entorpecedor para las actividades de la institución, además de que obtener permisos para realizar estas observaciones también podía haber resultado en una complicación.

Queda pendiente por explorar más acerca de la situación de los estudiantes expuesta aquí. En particular, habría que profundizar en características específicas que seguramente generarán habitus distintos en los médicos, por ejemplo, con la cuestión de género. El tema de la inequidad de género en la medicina ha sido explorado también por Castro y Erviti (2010), quienes reconocen que es una dimensión propia del habitus médico; no obstante, el instrumento para la entrevista de este proyecto no contaba con preguntas que pudieran examinar y problematizar el género como una característica a considerar para la conformación del habitus al estar fuera de los objetivos de esta investigación. De igual forma, otra característica que quedó fuera del análisis que seguramente tendría fuerte influencia en la génesis del habitus es la forma en la que los estudiantes son tratados a partir de su apariencia física. Es decir, si existen tratos distintos hacia los alumnos que, por sus apariencia como el color de tez, ojos, estatura, sean asumidos pertenecientes a grupos específicos y que por esto, reciban tratos privilegiados o sean un tanto marginados, aunque no de forma abierta y directa. Este trato que reciban los alumnos seguramente tiene un impacto en la forma en que se construye su habitus, por lo que considero pertinente analizar en estudios posteriores.

Asimismo, la situación de los estudiantes de medicina no se remite únicamente a los estudiantes de la UNAM. Inclusive dentro de la UNAM existen diferentes campus y los estudiantes tienen planes de estudios distintos. Este trabajo, al centrarse en la población de

Ciudad Universitaria, deja de lado a los estudiantes de medicina de las demás instituciones –tanto públicas y privadas– que también forman parte del campo médico en México. Al estar tan intrínscamente conectados los programas formativos de los médicos en las diferentes instituciones con la Secretaría de Salud del país, queda mucho por explorar las condiciones y situaciones en que tiene lugar. En caso de buscarse hacer una mejora, se sugiere trabajar en conjunto, con el objetivo tanto de mejorar la formación de los médicos con mejores condiciones, como de proporcionar servicios de salud de calidad a la población, sin importar dónde se atienden.

5.2 Conclusiones

“Es porque conocemos las leyes de la reproducción por lo que tenemos alguna oportunidad de minimizar la acción reproductora de la institución escolar” (Bourdieu, 1989, en Bourdieu y Passeron, 2003)

En el contexto actual de la UNAM, en donde la carrera con más alta demanda es la de médico cirujano, es necesario estudiar las condiciones que así lo propician, además de entender qué buscan los jóvenes que ingresan a ella. Quiero aclarar que el presente trabajo no buscó deslegitimar la importancia de los médicos en la sociedad, minimizar el esfuerzo que cada estudiante de medicina debe hacer para convertirse en médico, ni retratar a los médicos negativamente. No obstante, existen procesos dentro de su sistema educativo que deben ser señalados desde diferentes disciplinas, distintas a la medicina, para lograr mejoras del mismo, que si bien beneficiaría a los estudiantes, en un largo plazo, también se vería reflejado en el sistema de salud, encaminado a alcanzar una sociedad más equitativa.

Como se mencionó en la sección anterior, reconozco que el proceso de formación médica está atravesado por aristas complejas del país: se entretienen la política, la economía y el sistema de salud en su composición, por lo que un cambio radical para éste se antoja complicado y poco probable, considerando el panorama actual del país. No obstante, realizar este estudio me permitió ver que el cambio de esta realidad –en donde el sistema de salud está centralizado y muy lejos de acercarse a ser descrito como justo y equitativo– puede venir desde dentro de la Universidad. En las revisiones de sus trabajos, Bourdieu llega a la siguiente conclusión:

“...los estoicos solían decir que lo que depende de nosotros no es el primer movimiento sino sólo el segundo. Es difícil controlar la primera inclinación del habitus, pero el análisis reflexivo que nos enseña que somos nosotros los que dotamos a la situación de buena parte de la potencia que tiene sobre nosotros,

nos permite alterar nuestra percepción de la situación y por lo tanto nuestra reacción a ella. Nos capacita para monitorear hasta cierto punto, algunos de los determinismos que operan a través de la relación de complicidad inmediata entre posición y disposición.

En el fondo, los determinismos sólo operan plenamente por medio de la ayuda de la inconsciencia, con la complicidad del inconsciente. [...] Los agentes se vuelven algo así como “sujetos” en la medida que controlan conscientemente la relación que mantienen con sus disposiciones. Pueden dejarlas actuar deliberadamente, o por el contrario, inhibirlas en virtud de la conciencia.” (Bourdieu y Wacquant, 2005, p. 200)

Hay dos líneas de acción principales concretas que este trabajo me permitió visualizar y me gustaría exponer para concluirlo. La primera es que identifico que el sistema de inscripción por promedios a lo largo de toda la licenciatura, debe desaparecer. El hecho de que el promedio sea de los capitales simbólicos con más poder durante su paso por la carrera, oculta a los estudiantes el hecho de que su formación se convierte en una especie de meritocracia, ignorando el contexto social del país de donde provienen todos los estudiantes y en donde se desempeñarán como profesionales. Considero que el volver el sistema de inscripciones aleatorio, aunque podría no ser bien recibido por los alumnos en un inicio, traería una serie de ventajas. Los grupos estarían compuestos por estudiantes de diferentes promedios. Si consideramos las teorías del aprendizaje colaborativo basado en las propuestas de Lev Vigotsky en los años treinta con sus estudios de la Zona de Desarrollo Próximo, esto puede resultar ventajoso para aquellos alumnos con algún rezago y además podría desarrollar una forma de aprendizaje más horizontal con los compañeros. Esta forma de relacionarse más horizontal incluso podría incidir en el autoritarismo médico naturalizado en la carrera. Además, se vuelve más justo en el sentido de que cualquier alumno podría alcanzar un mismo grupo en donde imparta clases un “mejor docente”²⁹.

Sumado a él, en el largo plazo, la elección aleatoria de sedes de internado y servicio social podría ser también una medida de prevención para que aquellos alumnos destacados se concentre en hospitales que tienen alta demanda de pacientes por ser de especialidad, abriendo la posibilidad de que alumnos dedicados y alumnos resagados convivan y aprehendan el sistema de salud en sus diferentes niveles para proporcionar atención de calidad en éstos, sin importar localidad. Es decir, el cambiar el sistema de inscripciones puede dar un paso hacia la descentralización del sistema de salud de la que se habló con anterioridad. Entiendo que el

²⁹ Idealmente, todos los docentes deberían estar igual de capacitados y constantemente evaluados para que la calidad de la impartición del conocimiento a los más de mil alumnos por generación fuera similar, y no existiera una competencia por grupos con mejores docentes. Sin embargo, esto último es un problema no limitado a la carrera de medicina, por lo que se tendrá que discutir e investigar en otra ocasión.

prospecto de realizar un servicio social o un internado en una zona en donde los estudiantes temen hasta por su vida por las situaciones de inseguridad puede llegar a ser problemático; no obstante, sería también un llamado más a que desde cualquier profesión u ocupación, se exijan mejores condiciones nacionales de seguridad. Para aquellos alumnos que carguen con más capital social y cultural que sus compañeros (que es algo que seguirá sucediendo) y que ultimadamente se desempeñarán en posiciones en donde tendrán en sus manos más poder para proponer un cambio, estar expuestos a las diferentes realidades de su condición como médico en el país –no por mérito, sino por azar– puede propiciar que ellos mismos tomen las riendas para encaminar al sistema educativo médico en una nueva dirección: una que proteja a todos los estudiantes, independientemente de su promedio y procedencia, y a los pacientes a lo largo de todo el país, no sólo en la capital. Es decir, virar el sistema de inscripciones hacia algo más aleatorio, al menos mínimamente, dejaría de poner al sistema educativo médico a disposición de la conservación de las estructuras del país que perpetúan la inequidad social, construyendo un habitus mucho más dispuesto a la subversión. Al escribir esta sugerencia también reconozco que, de llevarse acabo, el cambio sería paulatino y existirían resistencias a éste; no obstante, creo que podría ser un movimiento clave para cambiar la situación social desde adentro de la universidad, en lugar de esperar un cambio desde una instancia gubernamental.

La segunda conclusión a la que llego es que, de hacerse una evaluación del plan de estudios actual, debe ser revisada la competencia principal propuesta en éste: que el estudiante se vuelva un agente crítico. Nuevamente, el alcance de este estudio no me permite generalizar, no obstante, las acciones dentro del plan de estudios para construir agentes que verdaderamente critiquen su quehacer social como médicos son poco identificables. Pienso que la medicina debe mostrarse más abierta a escuchar y trabajar interdisciplinaria y horizontalmente. Esta apertura debe ofrecerse no sólo a las nuevas tecnologías como plantea su plan de estudios, sino también a las ciencias sociales y humanidades, posicionándolas al mismo nivel de conocimiento que la ciencia natural, ya que considero que sólo de esta forma, la crítica del quehacer del médico puede ser integral y, pragmáticamente hablando, útil para actualizarse y transformarse constantemente.

Considero que la pertinencia de este trabajo es congruente con esta última “sugerencia”. Las críticas al sistema educativo médico frecuentemente, si no es que siempre, vienen desde la misma medicina; se enfocan en procesos que únicamente ellos, dentro del campo, experimentan. Castro y Erviti (2010) indican que, en la actualidad, es frecuente que el discurso médico

hegemónico atribuya a una cuestión gerencial como “un problema de calidad de la atención”, a los problemas en las instituciones de salud. No obstante, si los problemas del sistema de salud, incluido el proceso educativo de un médico se ve constantemente editado desde y para la medicina, está sujeto a tener puntos ciegos. Entonces, en este trabajo ofrezco una mirada desde la psicología, desde un paradigma social, al proceso de formación médica, como el proyecto con el que concluyo mi formación de pregrado en psicología.

Pienso que si el cierre de este proyecto es una invitación a los médicos a ser críticos de su quehacer desde su formación, me veo obligada a hacer lo mismo desde la psicología, es decir, mantener siempre una postura crítica de la práctica de la disciplina. Recientemente, en un artículo de Harlene Anderson (2012)³⁰, me encontré con esta cita:

Vivimos y trabajamos rodeados por paisajes globales y locales que cambian rápidamente y reflejan transformaciones sociales, culturales, políticas y económicas. Al mismo tiempo, desde todos los rincones del mundo, somos testigos de una fuerte creciente demanda por democracia, justicia social y derechos humanos. Las personas [...] demandan una escucha respetuosa, receptividad a las necesidades que expresan y tomar decisiones con respecto a sus vidas. Se rehúsan a que se las deje de lado como si fueran números y categorías, o a que se deshonre violentamente su humanidad y se les prive de su libertad. Estas demandas nos obligan a reevaluar cómo experimentamos y comprendemos el mundo, a nuestros clientes, a nosotros mismos(as) y nuestros roles como profesionales (Anderson, 2012, p. 2).

Si bien la autora de este fragmento vive en una sociedad y cultura distinta como es la estadounidense, y estas demandas de las personas de las que ella habla, en México quizá no son igual de visibles, para mí no significa debamos ignorar el hecho que hay que encaminar nuestras prácticas hacia esta posición de justicia social y constante cuestionamiento. Me remitió a reflexionar no sólo acerca de la práctica médica, sino también de la práctica psicológica. Para mí, poder realizar este trabajo representó una forma de repensar mi propio quehacer conectándolo con la medicina, ofreciendo una mirada psicosocial de sus prácticas, para lograr una meta común: el desarrollo de mejores condiciones sociales y, en este caso, de salud en el país, tanto para médicos como para los demás agentes en la sociedad.

³⁰ Aunque el artículo de Harlene Anderson no versa acerca de la práctica médica, sino que es un artículo habla de la epistemología de la terapia colaborativa, resultó pertinente relacionarlo porque la epistemología de este tipo de terapia se posiciona desde una postura crítica, según Anderson, inspirada en los trabajos de John Shotter.

Referencias bibliográficas

- Alarcón Fuentes, G. (2010) Calidad educativa en la formación de médicos en *Los retos de la educación médica en México, Tomo I*. Ciudad de México: Academia Nacional de Educación Médica
- Barragan, S. (2017, Marzo 7) Protestan médicos por muerte de residente en el Hospital 20 de Noviembre. *Aristegui Noticias*. Recuperado de aristeguinoticias.com
- Bourdieu, P. (1984/2008) *Homo Academicus*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Bourdieu, P. (1986) The forms of capital en J. Richardson (Ed.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. (pp. 241-258) New York: Greenwood. Consultado en <https://faculty.georgetown.edu/irvinem/theory/Bourdieu-Forms-of-Capital.pdf>
- Bourdieu, P. y Passeron, J. C. (2009) *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1970/2005) *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI
- Campos-Navarro, R. (2010). La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: Del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad en salud del siglo XXI. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*, 27(1), 114-122.
- Campos Ponce, Y. (2015) *Valores y proyecto de vida en jóvenes universitarios* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología. México.
- Casarini Ratto, M. (2013). *Teoría y diseño curricular*. México, D.F. : Editorial Trillas, 2013
- Castro, R. y Erviti, J. (2010). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México.
- Citalioni, F. (1972). El hijo del pelícano puede matar al padre, en Bourdieu y Passeron (2009). *La Reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Fontamara. pp. 25-31
- Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica [COMAEM] (2016) *Estado actual de Instituciones Acreditadas Abril 2016*. <http://www.comaem.org.mx/instituciones.html> Consultado el 23 de diciembre de 2016

- Cruz Martínez, A. (2016, Noviembre 1). Jornadas de 24 horas llevan a médicos residentes a cometer errores graves. *La Jornada*. Página 3
- Diario Oficial de la Federación (2005, 6 de enero) Norma Oficial Mexicana: NOM-234-SSA1-2003, *Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado*.
- Díaz Barriga, A. (2015). *Curriculum: entre utopía y realidad*. Buenos Aires: Amorrutu
- Fernández Pérez, J. (2001) *Estructura y realidad de la profesión médica: El caso del médico cirujano homeópata y del médico cirujano* (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma de Tlaxcala, Departamento de Ciencias de la Educación. México.
- Giménez, G. (2002, enero-junio/junio-diciembre). Introducción a la sociología de Pierre Bourdieu. [Número especial] *Colección Pedagógica Universitaria*. 37-38. 1-11 Consultado en: http://www.uv.mx/cpue/coleccion/Indice_general_coleccion.htm
- Homenaje a Pierre Bourdieu [Editorial] (2002, enero-junio/junio-diciembre). *Colección Pedagógica Universitaria*. 37-38. Consultado en http://www.uv.mx/cpue/coleccion/N_3738/A%20Editorial.pdf
- Ito Sugiyama, M. E. y Vargas Núñez, B. I (2005) *Investigación cualitativa para psicólogos: de la idea al reporte*. México: Porrúa
- Jiménez, I. (Comp. y Trad.) (2015) *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI
- Kale, S. (1996) *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage
- Lahire, B. (2002, enero-junio/junio-diciembre). Campo, fuera de campo, contracampo. [Número especial] *Colección Pedagógica Universitaria*. 37-38. Consultado en: http://www.uv.mx/cpue/coleccion/N_3738/H%20Lahire%20campo%20contracampo.pdf
- Lifshitz, A. y Zerón, L. (2010) *Los retos de la educación médica en México, Tomo I*. Ciudad de México: Academia Nacional de Educación Médica
- Mazon Ramírez, J., Delgado Fernández, A., et. al. (s/a) *El servicio social médico*. Ciudad de México: Coordinación de Servicio Social, Facultad de Medicina, UNAM. Consultado en: http://www.facmed.unam.mx/sg/css/documentos_pdf/El%20Servicio%20Social%20Medico.pdf
- Monroy Ramírez de Arellano, L. E., Vivas Medrano, O. y Solana, A. (2010) Descentralización de la educación médica en *Los retos de la educación médica en México, Tomo I*. Ciudad de México: Academia Nacional de Educación Médica
- Ordorika Sacristán, I. (2013) La Universidad Constructora de Estado, en *El siglo de la UNAM: Vertientes ideológicas y políticas del cambio institucional*. México: Porrúa

- Ruelas Barajas, E. (2010) Tendencias en la atención a la salud y sus efecto sobre la educación médica en *Los retos de la educación médica en México, Tomo I*. Ciudad de México: Academia Nacional de Educación Médica
- Santos Rego, M. A. (2000). El pensamiento complejo y la pedagogía: bases para una teoría holística de la educación. *Estudios pedagógicos* (Valdivia), (26), 133-148
- Sociedad Mexicana de Psicología (2002). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2016) *Oferta Académica UNAM 2016*, consultado en: <http://oferta.unam.mx/carreras/37/medicina>
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2009) *Plan de Estudios 2010 y Programas Académicos de la Licenciatura de Médico Cirujano*. Ciudad de México: Facultad de Medicina
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2012) *Informe de Actividades 2008-2012*. Ciudad de México: Facultad de Medicina
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2014) *Candidatos a Inscripción de Cuarto Año: Ciclo completo*. Ciudad de México: Facultad de Medicina, Secretaría de Servicios Escolares. Consultado en: <http://www.facmed.unam.mx/escolares/principal/pagina/ordenAtencion/20140/ordenAtencionOctavoNovenoSemestrePlan2010Periodo-2014-1.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2015) *Informe de Actividades 2012-2015*. Ciudad de México: Facultad de Medicina
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2016) *Distribución de Grupos para Alumnos de Primer Ingreso*. Ciudad de México: Facultad de Medicina, Secretaría de Servicios Escolares
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2015) *Rectores 1946-2011*. En <https://www.unam.mx/acerca-de-la-unam/unam-en-el-tiempo/lista-cronologica-de-rectores/rectores-1946-2011>
- Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2017) *Portal de Estadística Universitaria*. En <http://www.estadistica.unam.mx/perfiles/index.php?tipo=cs&plantel=012&carrera=000&anio=2010&sexo=0>

Wilks, A. (2004). Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu. *Revista Argentina de Sociología*, noviembre-diciembre, 118-130.

Apéndice 1

Cuadro comparativo de los perfiles propuestos en el Plan de Estudios 2010³¹ con respecto a las competencias a desarrollar

Competencia	Perfil Intermedio I	Perfil Intermedio II	Perfil de egreso	Perfil profesional *no descrito por competencias en el plan de estudios
Pensamiento crítico, juicio clínico, toma de decisiones y manejo de información	El estudiante sabe identificar los elementos integradores del método científico y cómo se puede aplicar al área biomédica y sociomédica. Además, es capaz de criticar y reflexionar acerca de los conocimientos según su procedencia. El pensamiento crítico se encuentra en desarrollo.	El estudiante es capaz de analizar la diferencia entre los tipos de investigación biomédica, clínica y sociomédica. Continúa desarrollando su pensamiento crítico para analizar y comparar información de diferentes tareas y puede, con base en evidencia, plantear problemas específicos dentro del área.	Se espera que una vez concluido el internado, el estudiante utilice “la metodología científica, clínica, epidemiológica y de las ciencias sociales” (p. 44) para que se desenvuelva ante los problemas que demanda la sociedad actual y que el pensamiento crítico desarrollado sea puesto en práctica en diversas soluciones de problemas.	Una vez finalizado el servicio social, el médico cirujano contará con el siguiente perfil: Ejercerá en los primeros niveles de atención del Sistema Nacional de Salud: centros de salud, Unidades de Medicina Familiar (UMF) y consultorios privados. Servirá integrando las ciencias biomédicas, clínicas y sociomédicas para proporcionar una atención adecuada; resolverá la mayoría de los principales problemas de salud en pacientes ambulatorios, se
Aprendizaje autorregulado y permanente	El estudiante es capaz de usar oportunidades de aprendizaje independiente, se actualiza por su cuenta en informática médica y su capacidad de trabajar en equipo está desarrollándose.	Mediante el autoconocimiento de su personalidad y capacidades el alumno es capaz de tomar decisiones y aceptar crítica constructiva. Además continúa la actualización de sus habilidades mediante la informática médica.	Es capaz de ser autocrítico y tomar conciencia de sus fortalezas como de sus limitaciones que le permiten obtener conocimiento y mantenerlo actualizado. Identifica también el campo en el que puede continuar su desarrollo profesional una vez concluido la licenciatura.	
Comunicación efectiva	Se pide que el alumno sea capaz de aplicar “los conceptos de la comunicación humana verbal no verbal” (UNAM, p. 42) para la interacción con sus compañeros y profesores; así como la capacidad de expresión adecuada del lenguaje oral y escrito en sus trabajos.	Es capaz de aplicar las habilidades de comunicación verbal y no verbal con los pacientes para la construcción de una relación médico-paciente respetuosa y eficaz. Además, es hábil en el uso del lenguaje médico.	Se comunica de forma atenta y efectiva con sus pacientes, respetando “su autonomía, creencias y valores culturales” (p. 45), siendo empático y manteniendo la confidencialidad. Además, es capaz de comunicarse sin tecnicismos y en términos que el paciente y su familia puedan entender. A su vez, el Médico Interno de Pregrado (MIP) será capaz de comunicarse efectivamente con el resto del equipo de salud, dominando el español y el inglés.	
Conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en	Aplica su bagaje de conocimientos en las ciencias biomédicas y sociomédicas para plantear problemas y una posible solución. Tiene una visión integral de cómo se organizan complejamente los sistemas que mantienen la salud.	Es capaz de llevar a cabo una práctica clínica que le permite aplicar sus conocimientos, habilidades y actitudes adquiridos en los ciclos básicos y clínicos. Es también capaz de brindar una atención integral tomando en cuenta su entorno familiar y comunitario; así como es capaz de demostrar que entiende de forma integral los	Su toma de decisiones en la práctica clínica se encuentra bien fundamentada en bases teóricas y en el contacto previo con pacientes.	

³¹No se señalan todas las características descritas en el plan de estudios; únicamente las que resultan relevantes para este estudio.

el ejercicio de la medicina		sistemas que se involucran en el proceso salud-enfermedad.		mostrará en constante búsqueda de actualizar su conocimiento y también realizará actividades de docencia e investigación que a la larga posibilitarán su formación de posgrado.
Habilidades clínicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y rehabilitación	El estudiante es capaz de identificar los elementos relevantes de una historia clínica, adquiriendo habilidades para estudiar correctamente al individuo y aplica el razonamiento clínico al estudiar casos.	Sabe aplicar el interrogatorio, exploración física y exámenes de laboratorio para obtener información del paciente, así como registrarla en su historia clínica para poder tener una base para una toma de decisiones, diagnósticos y tratamiento de sus pacientes. Es capaz de realizar evaluación nutricional y definir planes nutricionales para sus pacientes, así como recomendar actividades de rehabilitación. El estudiante en este perfil es capaz de identificar si el paciente tiene la necesidad de una interconsulta o referencia.	Es capaz de efectivamente diagnosticar y tratar, pronosticar y rehabilitar a los pacientes y familias con los padecimientos más comunes con base en evidencia científica y clínica. Además, el MIP egresado será capaz de identificar al paciente que requiera ser referido a segundo o tercer nivel de atención.	
Profesionalismo, aspectos éticos y responsabilidades legales	Para beneficiar su desarrollo académico, aplica los aspectos básicos de la ética y bioética; demuestra ser capaz de ser empático y respetuoso a la diversidad cultural y actúa de manera congruente en sus ambientes educativos, familia y comunidad.	Sabe establecer relaciones empáticas con sus pacientes y aceptando la diversidad cultural en las cuales se desenvuelve la relación médico-paciente.	Además de ejercer su práctica bajo los marcos legales y éticos de la profesión, el MIP egresado tendrá la capacidad de identificar conflictos de interés con los pacientes y beneficiarlos a ellos, tomar decisiones ante dilemas éticos, así como atender aspectos afectivos y conductuales relacionados con su paciente, de esta forma cuidando su integridad.	
Salud poblacional y sistema de salud: promoción de la salud y prevención de la enfermedad	El alumno puede comprender los componentes y niveles del Sistema Nacional de Salud y realiza algunas actividades de promoción de salud y protección específica.	El alumno participa en ejecución de programas de salud y” aplica recomendaciones establecidas en normas oficiales mexicanas según los problemas de salud del país” (p. 44)	El MIP entiende su papel en la estructura y el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud; propaga información actualizada que promueva las conductas saludables y disminuya las conductas de riesgo. Además, el MIP aplica las estrategias de Salud Pública en comunidades para poder promover la salud y prevenir la enfermedad.	
Desarrollo y crecimiento personal	El estudiante es capaz de hacerle frente a la incertidumbre de forma reflexiva para desarrollarse tanto académica como personalmente; acepta la crítica constructiva y es capaz de identificar las dificultades y estrés que le genera la formación académica, para así poder superarlas.	Además de lo logrado en el perfil anterior, el estudiante en este punto reconoce sus alcances y limitaciones personales, enfrentando sus errores y además demostrando ser flexible en la solución de problemas.	El MIP habrá cultivado la autoconfianza, asertividad, una alta tolerancia a la frustración e incertidumbre, además de ser autocrítico y aceptar la crítica constructiva “para su perfeccionamiento personal y el desarrollo del equipo de salud”. (p. 46). El MIP egresado también podrá ejercer liderazgo en escenarios reales, pero sabiendo trabajar en equipo con todos los integrantes del equipo de salud.	

Apéndice 2: Guía de entrevista

1. Para comenzar, me gustaría mucho que me compartieras cómo es un día ‘normal’ en la vida de un/a pasante.
2. ¿Para todos es igual? Sí: ¿a qué crees que se deba? No: ¿por qué?
3. ¿Cómo es diferente tu vida ahora/en el servicio de cómo era durante el internado?
¿Cómo era un día normal en ese entonces?
4. ¿Cómo consideras que fue tu preparación en los ciclos básicos y los ciclos clínicos frente a las exigencias que se te plantearon en el internado y el servicio social?
[Preguntar de la cotidianidad en ciclos básicos y clínicos]
5. ¿Cómo te llevas con los pacientes y con el personal del hospital?
6. ¿y con los compañeros, colegas y profesores?
7. ¿Qué hay de los ‘castigos’ de los que se habla mucho, como “quedarse guardado”?
¿Qué castigos has visto? ¿Qué opinas de ellos? ¿te han tocado?
8. ¿Qué haces para distraerte?
9. ¿Te ha pasado que alguna vez que alguien en el hospital haya hecho algo para sacarte de tus casillas? [Si sí, que lo relate] No ¿por qué consideras que no te ha tocado esa experiencia? ¿qué has visto en los compañeros?
10. Al contrario, ¿tienes alguna experiencia que te haya resultado muy gratificante, ya sea con un paciente, superior o personal del hospital?
11. Si pudieras agregar, quitar o transformar algo del sistema educativo del que fuiste parte, ¿qué sería?
12. ¿Qué recomendaciones darías a algún/a joven que está por iniciar su internado?
13. ¿Y a uno que está por elegir carrera y se inclina por estudiar medicina?
14. En tu caso ¿Cómo fue que decidiste estudiar medicina?
15. ¿Qué piensa tu familia y/o amigos de que hayas estudiado medicina?
16. ¿Qué significó para ti ingresar a la Facultad de Medicina de la UNAM?
17. ¿Fue importante para ti usar bata y/o vestir de blanco durante la carrera? ¿Por qué?
18. Si ahorita estuvieras egresando del bachillerato ¿harías la misma elección (¿por qué?) o piensas que optarías por otra carrera? ¿Cuál?

19. ¿Consideras que ha cambiado tu vida mientras has avanzado en la carrera? Sí: ¿cómo? ¿en qué aspectos? No: ¿por qué?
20. En general ¿qué tipo de estudiante has sido?
21. Ahora que has concluido la carrera, ¿qué has pensado / te gustaría hacer?
22. ¿Hay alguien que sea un ejemplo a seguir para ti como médico? ¿Quién? ¿Por qué?
23. ¿Quiénes forman tus redes sociales o círculos de apoyo más cercanos en la actualidad?
24. ¿Cómo te llevas con tu familia? ¿Crees que la relación ha cambiado desde que estudias medicina?
25. Y con tus amigos anteriores a la vida universitaria ¿sigues en contacto con ellos? [Si sí, ¿Cómo te llevas con ellos? No: ¿por qué?]

Sociodemográficos

Sexo: _____

¿Con quién(es) vives? _____

Fecha y lugar de nacimiento: _____

Domicilio (colonia y delegación): _____

Estado civil: _____

¿Tienes hijos? SI NO (Si sí, ¿cuántos? ____) ¿De qué edad(es)?

Apéndice 3: Ejemplo de carta de consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, CDMX, a de de 2016.

Una vez que se me ha explicado ampliamente el objetivo y alcances de la investigación “Estudiantes invadidos: la conformación del habitus del médico pasante o recién egresado a partir del sistema educativo médico”, expreso mi conformidad para participar, la cual hago de forma voluntaria y no remunerada. Así también se me ha informado y estoy de acuerdo en que las conversaciones puedan ser audiograbadas y que estoy en mi derecho de no responder a alguna pregunta si lo considero conveniente o puedo dejar de participar en la investigación en el momento en que lo desee.

De igual manera, estoy enterada(o) de que la información proporcionada es confidencial por lo que ni los nombres que se mencionen ni otros datos personales aparecerán cuando los resultados del estudio sean publicados o utilizados en investigaciones futuras.

Firma del/la participante.

Firma de la investigadora

