



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POSGRADO EN ESTUDIOS POLÍTICOS Y SOCIALES

IDENTIDAD MASCULINA HEGEMÓNICA Y CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO.  
UNA APROXIMACIÓN A TRAVÉS DE ESTUDIANTES MÉDICOS INTERNISTAS DE  
PREGRADO DE TRES HOSPITALES PÚBLICOS DE PACHUCA, HIDALGO

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN ESTUDIOS POLÍTICOS Y SOCIALES

PRESENTA:  
LUIS ALFONSO MUNIVE VALENCIA

TUTORA:  
DRA. ANA BUQUET CORLETO  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE GÉNERO, UNAM

COMITÉ TUTORAL:

Dra. Irene Casique Rodríguez, Centro Regional de Investigaciones  
Multidisciplinarias, UNAM

Dra. Joaquina Erviti, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM

Dr. Rodrigo Laguarda, Instituto Mora

Dra. Hortensia moreno esparza, Centro de Investigaciones y Estudios de Género,  
UNAM

Ciudad de México, Febrero, 2019



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.



## **Dedicatoria**

A Julia, con amor

A Candelario Valencia y Carmen Morales, con melancolía

A mis cómplices de vida: Israel, Uriel, Edwin y Juan, con júbilo y  
alegría

A Mafi, con ternura

A mi Familia, con modestia

A quienes precedieron mis pasos, y a quienes me procederán en  
existencia

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad de acceder a otros mundos, por la posibilidad de soñar con otros futuros.

A Julia Munive. Por permitirme compartir otros espacios, otros saberes y otros sentires. Por enseñarme a romper la lógica de lo posible y saber lo que es amor.

A Israel, Uriel, Edwin y Juan. Por otorgarme la dicha de ser su hermano. Por posibilitar, entre charlas y traspasadas, una acción política basada en el amor y la solidaridad como rutas para transformar y construir lazos que trasciendan las pautas de la rutina. Por la oportunidad de entender que familia va más allá de la consanguinidad.

A Candelario y Carmen, por regalarme las mejores experiencias de mi infancia.

A Gilberto y Rocío, por admitir que pueda ser y estar.

A Mafi, porque hogar es donde estás.

A la Dra. Ana Buquet por su apoyo y paciencia; al Dr. Rodrigo Laguarda por la guía, la solidaridad y las charlas amenas; a las Doctoras Joaquina Erviti e Irene Casique por sus amables comentarios, paciencia y atenciones; a la Dra. Hortensia Moreno, por sus más que nutridas aportaciones.

A todas las personas que, de una forma u otra, han estado en mi vida y me han permitido crecer como persona. A quienes, con sus aportaciones, y palabras siempre me alentaron y abonaron por una curiosidad crítica. Sin ustedes, yo no sería.

¡A quienes son ejemplo de Resistencia y Dignidad!

## Contenido

Introducción.....	1
1. Pre-Texto.....	6
2. El género como categoría central de la investigación. ....	13
2.1 La construcción de “la masculinidad” y “lo masculino” como estrategia de jerarquización y exclusión de un “Otro”. ....	24
2.1.1.1 Topografías de la masculinidad hegemónica: el poder, la violencia, las (no)emociones y la (hetero)sexualidad. ....	30
3. La disciplina médica .....	38
3.1 La “masculinización” de la profesión. ....	40
3.2 La conformación de un campo: la incorporación de un habitus médico, la construcción de una identidad profesional y el ejercicio profesional. ....	45
3.3 La transparencia de una alianza epistémica: la medicina frente a las emociones, las expresiones sexuales y los cuerpos. ....	51
4 La sexualidad, la intimidad y el erotismo en los tiempos del riesgo. ....	54
4.1 “Ese árbol está miado”. La lógica-dominación masculina en el campo sexual. ....	58
4.2 El amor romántico y la violencia simbólica, elementos relacionados en la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) condón en México. ....	63
5. Marco metodológico. Unidad de análisis y Unidad de estudio. ....	66
5.1 Atributos de los informantes.....	68
5.2 Redes semánticas.....	70
5.2.1 Aspectos Teóricos .....	70
5.2.2 Aspectos metodológicos y desarrollo del instrumento. ....	76
5.3 Entrevista a profundidad. ....	79

5.3.1 Aspectos Teóricos .....	79
5.3.2 Aspectos metodológicos .....	82
6. Resultados .....	84
6.1 Breve bosquejo del acercamiento al campo.....	84
6.2 Yo, Varón. Sobre la construcción de sí en el espacio del género. ....	87
6.3 Yo, robot. Sobre la conformación de una identidad profesional médica. ....	100
6.4 Yo, Superman. Sobre las experiencias en las interacciones erótico-afectivas y las nociones de cuidado. ....	113
6.5 Yo, humano.....	131
Bibliografía .....	139
Anexos .....	153
Tabla 1 Resultados del pilotaje de la prueba. Obtención de los estímulos verbales con mayor valor m. ....	153
Tabla 2 Desglose de categorías conceptuales para la construcción de estímulos verbales.....	156
Instrumento 1. Redes semánticas. ....	157
Instrumento 2. Guion de entrevista a profundidad.....	167
Tabla 3. Resultados de la muestra de redes semánticas, por definidora y elementos más cercanos al núcleo conceptual. ....	169

## Introducción

El campo médico se erige como un sistema de interacciones altamente jerarquizado en el que el estudiantado de medicina de pregrado constituye una población bastante peculiar pues, por un lado, no son considerados más estudiantes y, al mismo tiempo, no conforman un profesionalista médico en tanto que aún no cuentan con cédula o título universitario. Por ende, esta población tiene un menor rango dentro de la jerarquía de la organización hospitalaria en comparación con el personal médico residente y/o personal médico adscrito, lo cual implica contar con un acceso más restringido a recursos de más alta estima dentro de la lógica del campo profesional médico, tales como la capacidad de mando y sanción a otras personas.

Sin embargo, este acceso limitado establece un incentivo para el estudiantado de pregrado, pues contar con estos recursos representa un elemento diferenciador que otorga estatus en comparación a los estudiantes que aún se encuentran en la universidad. Acceder a dichos recursos implica una serie de articulaciones pedagógicas que son *incorporadas*<sup>1</sup> por el cuerpo de pregrado, en este sentido el sacrificio, el castigo y las limitaciones físicas caracterizan la conformación de su identidad profesional la cual está basada, muchas de las veces, en ejercicios de violencia simbólica que no sólo son aceptados, sino asimilados y reproducidos por los actores de dicho campo.

Aunado a ello en este campo disciplinar se presentan ejercicios violentos que se articulan a partir de una lógica de género, basados en dicotomías simbólicas y que son reforzadas estructuralmente. Si bien estos ejercicios se han documentado con relación a la interacción profesional de la salud-paciente, es pertinente considerar el papel que esta articulación puede tener en el personal de la salud mismo, así como en sus expresiones personales.

Por último, es importante mencionar que la medicina representa una disciplina productora de certezas, dentro de las cuales las elaboraciones referentes a la sexualidad han tendido a construir un *corpus* explicativo en el que la reproducción de conductas típicas-atípicas ha sido clave para la construcción de representaciones culturales en este campo. En este sentido

---

<sup>1</sup> Se emplea *incorporar* en el sentido de predisposiciones que "(...) teniendo una génesis social y material específica, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad(...)" (Castro, 2011)



el campo médico ha sido muy puntual en la definición de comportamientos y, por ende, de poblaciones “focalizadas”, las cuales han sido asociadas con la presencia de infecciones de transmisión sexual y en las que la figura masculina heterosexual no es contemplada como posible agente de transmisión.

En suma, se intenta comprender cómo un campo disciplinar tan masculinizado, como lo puede ser el médico, propicia un reforzamiento en las nociones tradicionales de género de su personal influyendo en formas de interacción basados en el poder y el autoritarismo, propiciando conductas sexuales de riesgo.

De esta forma, la investigación atiende a las siguientes preguntas de investigación:

- ¿En qué medida la conformación de una identidad profesional en los médicos<sup>2</sup> internistas de pregrado (MIP)<sup>3</sup> refuerza los elementos de identidad de género tradicional?
- ¿Cuál es la forma en la que interviene esta relación identidad profesional-identidad de género tradicional en la realización de prácticas sexuales de riesgo en médicos internistas de pregrado?
- ¿De qué manera se conforma la identidad profesional en los médicos internistas de pregrado?
- ¿Cómo los MIP interpretan la interacción basada en premisas de género (tradicional) dentro del hospital?
- ¿Cómo influye el género, como marco socializador, para que los MIP establezcan su relación profesional de la salud-paciente?

---

<sup>2</sup> Al hablar en masculino hago referencia, para este trabajo, exclusivamente a la población de hombres cisgénero que se encontraron realizando su internado en hospitales públicos de la ciudad de Pachuca de Soto; Hidalgo.

<sup>3</sup> El término *Médico Internista de Pregrado*, constituye en sí mismo un objeto de análisis interesante. Esto por ser considerados *estudiantes* egresados, quienes en dicho estatus se encuentran en una especie de “limbo curricular”, pues, por un lado, no cuentan con derechos estudiantiles y, por el otro, no pueden ser considerados *médicos*, al no haber concluido el proceso formativo. Lo interesante es que, a pesar de no ser identificados como médicos, ellos se refieren a sí mismos como tales, y son referidos por otras personas del hospital como doctores. Esto puede entenderse como una acción formativa dentro del campo profesional, la cual imprime una noción identitaria que conforma, desde primeras etapas de la formación y hasta el final de la misma, un *habitus profesional* (Castro, 2014b).

- ¿Qué disposiciones corporales entran en juego durante su desarrollo como MIP y de qué forma esta utilización corporal puede trasladarse a sus modelos de interacción sexual?

Que buscan explorar el campo médico a partir de las narrativas de sus profesionistas, lo cual pretende elaborar un esbozo de la relación entre expresiones culturales, sociales y subjetivas de ser médico, pero, además, hombre. Esta noción de la medicina como un campo como una manifestación política, es decir, en la que confluyen relaciones de poder plantea como objetivo principal el de examinar la manera en que los elementos constitutivos de la identidad profesional de los estudiantes MIP, de hospitales públicos de Pachuca de Soto, compaginan con nociones elementales de una construcción identitaria masculina hegemónica, es decir parto de la idea en la que el profesional médico empata elementos de su *ser hombre* con elementos de su *ser médico*.

Aunado a esto se intenta comprender, como un segundo objetivo general, la manera en que este vínculo *identidad masculina hegemónica-identidad profesional médica* confluye en las prácticas sexuales de los estudiantes varones de Médicos Internistas de Pregrado de hospitales públicos de Pachuca de Soto. El mapeo de las prácticas sexuales atiende a la lógica de rastrear expresiones de género más allá de las relaciones profesionales-usuarios de la salud, algo que ha sido abordado de forma abundante en otros trabajos.

Como parte de los ejes que orientan el ejercicio de investigación se contemplan cinco objetivos específicos que buscan detallar la posible información recabada respecto a los dos previos:

- Explorar la trayectoria profesional y la construcción de una identidad profesional en MIP de Pachuca.
- Identificar la manera en que los MIP de Pachuca interpretan las premisas de género (tradicional) dentro de los hospitales donde se encuentran insertos.
- Distinguir las pautas de interacción, basadas en nociones de género, que establecen los MIP con sus pacientes.

- Mapear las nociones que tienen los MIP respecto a sus cuerpos.
- Sondear las pautas de interacción sexual que establecen los MIP.

Por último, esta investigación contempla que el campo médico constituye un espacio de producción de saberes en el que las elaboraciones discursivas dictaminan pautas orientadoras dentro del quehacer social. En este sentido, la medicina ha abordado la sexualidad elaborando un catálogo que posibilita la diferencia entre conductas “sanas” y “patógenas”; construyendo una serie de conductas (e implícitamente de sujetos) “de riesgo”, las cuales se encuentran fuera de la lógica del modelo de varón hegemónico (heterosexual, “culto”, clase media-alta). Dichas nociones respecto a la sexualidad han sido formalizadas y reproducidas dentro del espacio profesionalizante del personal médico, las cuales son asimiladas e incorporadas al mismo tiempo que posibilitan una conexión con elementos identitarios previos, tales como los elementos de género tradicionales, los cuales encuentran en los varones elementos confirmativos que posibilitan ejercicios nocivos tanto a nivel individual como en sus relaciones interpersonales (dentro de las cuales se contemplan las relaciones sexuales).

Por lo tanto, existen elementos tradicionales de un núcleo identitario de género en estudiantes varones de medicina que se ven afirmados y reforzados a partir de las interacciones que se establecen, en su condición de Médicos Internos de Pregrado, las cuales conforman elementos identitarios que se expresan en prácticas sexuales determinadas.

Respecto a la organización del proyecto de investigación, éste se encuentra organizado en siete apartados, el primero de ellos elabora un delineado respecto a las investigaciones que vinculan el género, la sexualidad y la identidad profesional médica, en conjunto o en binas. Del segundo al cuarto apartado se ahonda en los insumos teóricos del género como categoría medular de la investigación, de la medicina como campo diferenciado y de la sexualidad y el erotismo como expresiones humanas en la actualidad.

Así, el primer apartado detalla la importancia del género como categoría analítica, como elemento conceptual y como eje del proyecto de investigación, aunado a esto se explora el modelo dicotómico del género propuesto por Serret (2004) enfatizando la verticalidad de las

estructuras de género en las que *lo masculino* se consolida como referente simbólico, social y subjetivo.

Posterior a esto se boceta el desarrollo de la medicina como práctica profesional, las estrategias empleadas para su consolidación y la alianza epistémica entre este campo de conocimiento y nociones vinculadas a la masculinidad tradicional.

El tercer apartado teórico explora las nociones del amor romántico, los pactos establecidos entre los médicos para establecer prácticas sexuales con otras personas y como dichas prácticas se conforman a partir de elementos imaginarios del *ser varón/ser médico*, dejando entrever manifestaciones de riesgo en estas interacciones.

El quinto apartado desarrolla la metodología, las aproximaciones las técnicas y las estrategias de investigación implementadas para la recolección de la información, primero describiendo brevemente en qué consisten las técnicas para dar lugar al diseño de los instrumentos discutiendo la pertinencia de las estrategias empleadas; complementando esta sección en la sexta parte del trabajo presento los resultados obtenidos a partir de los instrumentos. En este apartado presento cuatro subapartados que inician con el sujeto Yo, haciendo énfasis en el carácter *individual* de los actores, seguido de alguna característica *social* esperada, la cual se desarrolla vinculando las experiencias de los informantes con los elementos teóricos expuestos en los apartados previos.

Por último, se presentan las conclusiones, las cuales discuten el alcance limitado del estudio y la pertinencia de desarrollar investigaciones que ahonden en la construcción de las identidades profesionales sus ejercicios de poder y, de ser posible, sus interacciones más sutiles.

## 1. Pre-Texto

La presente investigación busca conformar su objeto de estudio a partir de las conductas sexuales de los estudiantes de medicina de pregrado, para ello parte de tres ejes fundamentales: la identidad de género masculina elaborada a partir de pautas tradicionales (masculinidad hegemónica), la construcción de una identidad profesional dentro el campo médico, y por último las conductas sexuales de riesgo que podrían estar presentes en estos estudiantes. Cabe mencionar que la imbricación de estos tres componentes constituye un objeto de estudio, hasta ahora, poco abordado; si bien es cierto que la información referente a las conductas sexuales de riesgo, la identidad masculina hegemónica y, en menor medida, los estudios sobre la identidad profesional médica pueden arrojar un número considerable de resultados en buscadores especializados al realizarse una búsqueda de forma aislada, en realidad en muy pocos casos se aborda la relación de estos tres componentes como elementos que pudiesen constituir un entramado explicativo dentro de la realidad social.

En suma, se intenta reconocer la manera en que el campo médico, un espacio profesional identificado como altamente masculino (Cortés-Flores, et al., 2005; Castro, 2014a; Castro, 2014b; Castro & Erviti, 2015), reafirma y refuerza determinados elementos que definen una identidad masculina hegemónica (Badinter, 1993; Olavarría, 2004; García Villanueva, 2008; Ramírez Solórzano, 2012; Conell, 2015) a partir de algunos componentes identificados propios de la profesión, como lo puede ser el capital cultural y sus relaciones de poder. Como algunas/os autores han demostrado, la sexualidad masculina (heterosexualizada) puede expresar determinadas conductas de riesgo, entre ellas el poco o nulo cuidado para sí y su pareja (Citeroni & Cervantes-Carso, 2004; Theodore, et al., 2004; De Oliveira Arraes, et al., 2013; Rojas-Solís, 2013) siendo el poder un elemento que caracteriza esta forma de sexualidad (Bleichmar, 2009). Sin embargo, los estudios referentes a las conductas sexuales realizadas por médicos, e incluso

otras personas profesionistas en áreas de la salud, son poco hechos, por considerar a esta población desde una lógica higienista en la que la información especializada basta para pronosticar relaciones sexuales basadas en el cuidado y la prevención.

Sin embargo, algunas investigaciones centradas en la población estudiantil del área de medicina han demostrado que dicho modelo basado en la información no necesariamente representa un pronóstico de relaciones sexuales basadas en el cuidado y la prevención. En una investigación realizada en Parnü, con estudiantes de medicina de treinta y dos países, asistentes al quincuagésimo segundo congreso de la Federación Internacional de Estudiantes de Medicina (L. Cox, 2004) en la cual se trata de indagar el papel del conocimiento especializado en la prevención de conductas sexuales de riesgo con población estudiantil de medicina, se muestra una percepción bastante informada respecto a las conductas sexuales de riesgo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA; lo cual, sin embargo no constituía un predictor de conductas sexuales que implicaran el uso del condón. Por el contrario, muchas de las y los estudiantes reportaban un uso bastante bajo del condón durante sus relaciones sexuales. Aunado a ello el estudio reporta algunos elementos interesantes, por un lado, referente a las creencias y pensamientos los estudiantes de medicina consideran que las trabajadoras sexuales, las personas homosexuales, bisexuales, personas sexualmente activas y usuarias de drogas son aquellas que son más propensas a contraer ITS y/o VIH/SIDA, por otro lado, en las y los estudiantes se presenta la creencia de que la transmisión de estas infecciones atienden a elementos fortuitos como la mala suerte o a prácticas voluntarias como la irresponsabilidad o promiscuidad. El estudio permite hacer un acercamiento a la conformación de esquemas de pensamiento que, si bien pueden contar con un contenido profesional y técnico sumamente refinado, reproducen patrones sociales y culturales que se han elaborado alrededor de la sexualidad, y más específicamente en las conductas sexuales de riesgo.

Un segundo estudio realizado en la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina (Leoni, 2005) toma en cuenta el papel de la información especializada y su relación con conductas sexuales de riesgo. Este estudio concluía que las conductas

sexuales eran realizadas con protección en mayor medida dentro de la población estudiantil de menor año académico, siendo los estudiantes de años escolares más avanzados los que reportaban un menor uso del condón. Dicha conclusión se hacía a partir de observar que aquellos estudiantes que cursaban los grados iniciales de la licenciatura habían contado con educación sexual integral en niveles educativos previos, así como una discusión abierta respecto a esos temas, presentando una conducta sexual inicial tardía y reportando un uso más frecuente del condón en sus relaciones sexuales; por el contrario aquellas personas que cursaban grados posteriores en la licenciatura, mostraron un inicio sexual más temprano, una menor calidad/cantidad de información respecto a temas de sexualidad previos a su ingreso a la universidad y reportaban una menor consistencia en el uso del condón en sus relaciones sexuales. El trabajo explora los alcances de la información como elemento capaz de predecir conductas sexuales protegidas, sin embargo estos resultados no ponen en duda el papel de la información previa como un recurso empleado ante la situación de responder un cuestionario; es decir, no se aborda la posibilidad de que la estrategia metodológica (cuestionario) haya sido interpretada por los participantes, siendo sus respuestas sesgadas por una noción de lo que considerasen correcto responder; aunado a ello, en este estudio no se abordan los aspectos relacionados al género y su relación con el uso del condón.

Dentro de una serie de investigaciones realizadas, principalmente, por centros especializados (CIENI, INER, Fundación México Vivo, Grupo Medios, 2011; ENSANUT, 2012; Gayet, et al., 2003; Leoni, 2005; UNAIDS, 2013; Rasmussen-Cruz, et al., 2003; CENSIDA, 2014; CENSIDA, 2015; Rocha Sánchez, et al., 2011) se establecen una serie de características bastante bien delimitadas sobre factores predictores de Infecciones de Transmisión Sexual, entre las que se encuentran prácticas sexuales con múltiples parejas, uso de drogas, el ejercicio del trabajo sexual o realizar prácticas sexuales homosexuales; por otro lado, se mencionan algunos elementos que podrían favorecer una conducta favorable hacia el uso del condón o procurar relaciones sexuales con protección, tales como una comunicación asertiva, abierta e informada con padres y madres respecto a sexualidad (Pérez de la Barrera & Pick, 2006), educación sexual a tempranas

edades (CIENI, INER, Fundación México Vivo, Grupo Medios, 2011; UNAIDS, 2013), una retroalimentación por parte de los grupos de referencias o de socialización, quienes pueden propiciar la transmisión de información a partir de una percepción de igualdad entre los miembros (Gayet, et al., 2003; García-Carpintero Muñoz, et al., 2014; Pérez de la Barrera & Pick, 2006; Bárcena, et al., 2011), el modelo interpretativo parte de una lógica en la cual las expresiones sexuales disidentes (Núñez Noriega, 2016) son más propensas a contraer algún tipo de infección. Por lo tanto, es factible asegurar que este modelo interpretativo no cuestiona el papel de la heterosexualidad como un elemento que interviene en la dinámica de interacción sexual de riesgo, esto es claro cuando menciona a las/os trabajadoras sexuales como un grupo “vulnerable” a contraer algún tipo de ITS, sin embargo, no se cuestiona el papel de los usuarios de dicho servicio.

Estas focalizaciones de las prácticas sexuales de riesgo no sólo se exploran desde una visión sesgada por una lógica heteronormativa, sino que, puede expresarse a través de indicadores como lo son la clase social o la etnia. En una serie de investigaciones (Caballero Hoyos & Villaseñor Sierra, 2001; Caballero Hoyos & Villaseñor Sierra, 2003) las conductas sexuales de riesgo se presentan mayormente en ambientes sociales menos favorables económica y culturalmente; los estudios detallan la dificultad de acceder a recursos como la información y a los servicios de salud que garanticen una predicción positiva para el uso del condón en la interacción sexual, aunado a ello estos sectores se describen como ambientes en los que las creencias juegan un papel que dificulta la apropiación de una lógica de cuidado en las personas (Caballero Hoyos, 2005), sin embargo esta aproximación a la problemática puede propiciar una sinécdoque, a partir de la cual se podría atribuir, al igual que con la focalización sexual, conductas de riesgo a grupos que no se ajustan a un modelo imaginario del ser-actuar.

Estas investigaciones, sin embargo, contemplan el papel que juegan las acciones (en este caso conductas sexuales de riesgo) como elementos que afirman y propician el reforzamiento de las identidades. Los estudios detallan el papel que tienen los elementos tales como los valores (Caballero Hoyos, 2005), las



representaciones sociales (Chong Villareal, et al., 2003), el imaginario (Hernández Angueira, 2008), como elementos construidos socialmente que se transmiten por los grupos sociales y que son adquiridos por las personas a partir de un sentido de pertenencia que posibilita su adscripción a una forma de interpretar e interpelar los elementos de la realidad.

Las investigaciones en este rubro son múltiples y abordan la temática desde diferentes perspectivas, sin embargo, no todas realizan un abordaje considerando las nociones de género o, simplemente, reproducen modelos ideales de poblaciones “vulnerables” tales como jóvenes, trabajadoras/es sexuales, grupos socioeconómicamente relegados, personas sexualmente diversas, entre otras; sin embargo no se contempla que, dichas asignaciones de vulnerabilidad corresponden a la articulación de elementos arbitrarios gestados desde dispositivos de poder-saber (Foucault, 2003; Foucault, 2014), en el que la medicina cuenta con la facultad de nombrar, etiquetar y, por ende, estudia las acciones atípicas adjudicadas a dichas poblaciones (Castro, 2011).

Por otro lado las investigaciones realizadas respecto al ambiente médico reflejan un ambiente de trabajo altamente jerarquizado en el que la humillación es empleada como estrategia pedagógica, la cual tiene grandes implicaciones en la forma como los alumnos establecen sus relaciones, pues éstos tienden a reforzar conductas de poder sobre todo frente a pacientes y personal subordinado (Castro, 2014a; Castro, 2014b; Güida, 2003) lo cual es producto de un modelo de relación basado en la capacidad intelectual, el prestigio derivado del éxito en el campo laboral, el esfuerzo físico y el puesto en el que se encuentren los médicos, situaciones que propician el reforzamiento de esquemas de género tradicionales.

El acercamiento a las instituciones médicas permite corroborar que dentro de la formación se encuentran elementos de enseñanza informales que refuerzan las nociones tradicionales de género, permitiendo observar que tanto la disciplina médica como los ambientes hospitalarios, son estructuras socializantes con un elevado índice de machismo que reproduce estereotipos de género entre el personal (Castro, 2014b) y una atención despersonalizada con marcados niveles de

violencia simbólica sobre todo a usuarias mujeres (Castro, 2014a; Güida, 2003) haciendo de la práctica médica un elemento medular para la reafirmación del entramado de género del personal.

Como lo señala Castro (2014a; 2014b) la investigación en el campo médico es poca, y aún más escasa en cuanto al enfoque de género, lo cual constituye una dificultad al momento de plantear estrategias que insidan en la modificación de un modelo autoritario y machista.

Por último, respecto a los estudios que abordan la conformación de la identidad de género es importante mencionar que algunos/as autores/as (Duarte Quapper, S.F.; Femenías & Rossi, 2009; Greig, 2003) exploran la masculinidad como un componente prioritario para la comprensión de las prácticas sexuales, sobre todo aquellas vinculadas a prácticas de riesgo, además de considerar al campo de la interacción sexual como un elemento poco abordado para comprender los ejercicios de violencia que experimentan las mujeres, además de esto existe una noción de comprender la construcción de masculinidad como resultado de una serie de relaciones por oposición y en la que los hombres adquieren una posición de beneficios y poder que les permiten determinar modelos de interacción que prolonguen dichos beneficios (Connell, 2015; Seidler, 2000), estableciendo grupos y espacios definidos para la reafirmación de determinados rasgos valorados como masculinos por ser opuestos a lo que se considera femenino algo que la conforma en tres niveles: simbólico, social y subjetivo (Serret, 2004), lo cual implica una interrelación con diferentes estructuras de significación que se expresan en la cotidianidad del sujeto los cuales bien podrían verse anclados a partir de un sentido de realidad en ambitos específicos como el médico (Castro, 2014a; Castro, 2014b).

Es importante resaltar que la vinculación de estos tres elementos (identidad de género tradicional masculina, identidad profesional y prácticas sexuales) no ha sido abordada, hasta el momento, y que, por el contrario, son distintas las investigaciones que exploran de forma aislada, y en algunos casos vinculando dos de los ejes, entre estos elementos. Es por esta razón que resulta oportuno desarrollar una investigación que estudie las imbricación de estos elementos con la

finalidad de explorar alternativas en la conformación de las relaciones entre los estudiantes de medicina.

## 2. El género como categoría central de la investigación.

Sin lugar a duda, uno de los grandes éxitos de los feminismos ha sido la incorporación del género como una categoría de análisis dentro del cuerpo teórico de las ciencias sociales. Si bien es cierto que, cada vez es más frecuente el encontrarse con el empleo de esta categoría en una multiplicidad de trabajos académicos de la más diversa índole y temáticas, la realidad es que género no constituye un concepto homogéneo en cuanto a su interpretación y su aplicación, por esta razón es pertinente establecer claridad sobre el uso del mismo en este trabajo.

A lo largo de los últimos años ha existido una serie de discusiones referentes al uso de este concepto, en este sentido, una de las nociones más difundidas del género es aquella que confiere a éste un carácter cultural. Esta noción contempla al género como una construcción cultural elaborada a partir de una diferenciación sexual (Conway, 2003; Lamas, 2003). Esta perspectiva supone una crítica a la noción naturalista del “deber ser” que durante mucho tiempo se ha atribuido a las personas a partir de sus características sexuales. Abordar el género desde esta primera noción conceptual posibilita comprender que esta categoría es el producto de determinadas interacciones sociales, las cuales producen códigos culturales que posibilitan un acceso diferenciado a recursos de las más variadas índoles (Osborne & Molina, 2008). Estos códigos culturales contemplan una limitante en la que el hecho de ser mujer, o en su defecto encarnar “lo femenino”, constituye una desigualdad en el acceso a esos recursos, los cuales son asequibles de manera limitada e incluso vedada.

Sin embargo, esta conceptualización otorga al ámbito cultural una relevancia que puede llegar a complejizar la comprensión del género como categoría de análisis. Por una parte dicha definición puede desdibujar una serie de elementos en interacción que posibilitan la articulación del género en una diversidad “de procesos, niveles y realidades que deben ser diferenciados” (Serret, 2011) cayendo en lo que

se podríamos denominar la *astucia de la cultura*, es decir, concebir a la cultura como una entidad independiente capaz de producir elementos para su propia supervivencia que sobrepasan las capacidades de acción de las personas. De esta forma la cultura es presentada como una entidad “omnisciente, sin costuras, inaprensible” (Hawkesworth, 1999) que representa un elemento que inhabilita el acceso a la posibilidad de cambio en las formas de interacción basadas en las lógicas del género.

Ante esta situación se emplea el modelo propuesto por Serret (2011), en el que la construcción cultural constituye una parte dentro de una serie de elementos en interacción. Este modelo considera al género como un sistema conformado por tres elementos, siendo el primero que expondré aquel denominado como *género simbólico*. Esta categoría hace referencia a los postulados en los que la cultura constituye un elemento primado (mas no exclusivo) de significación que se encuentra presente, virtualmente, de forma transhistórica y transcultural (Hawkesworth, 1999; Serret, 2006; 2011), el cual posibilita la organización de los elementos de la realidad social por medio de un orden binario que atiende a una lógica de discernimiento basada en el reconocimiento de una entidad que es (*ser*) a partir de otra que no es (*no-ser*), es decir, “podemos comprender, situar, apropiarnos de algo en la medida en que distinguimos al fenómeno de aquello que lo niega, que encarna sus límites, su alteridad” (Serret, 2011). En este primer nivel del sistema de significación los elementos que conforman esta *pareja simbólica* no cuentan con características similares, ni siquiera cercanas, pues una, la *categoría límite*, constituye el referente que delimita y posibilita la claridad de la otra (la *categoría central*). Debe entenderse que la primera es definida en un sentido negativo, es decir lo que *no-es*, posibilitando de esta manera un sentido de certeza expresado en una definición de lo que es. Serret concluye que el espacio del no-ser es de gran relevancia para la construcción del ser, pues:

(...) todo elemento delimitador establece una diferencia entre zonas, más la propia línea ocupa un lugar en el espacio. No obstante, ese espacio no es y no

podemos pensarlo como tal; es el espacio de la ausencia de espacio, el sitio de no lugar (...) designa lo indeseable, nombra lo innombrable, delimita construyendo un lugar que no tiene valor de lugar, que no es reconocido como lugar. Por eso decimos que, mientras las categorías límites poseen una enorme densidad de significación, las categorías centrales se conforman con significaciones claras (2011, pp. 77-78)

Como puede apreciarse, para que se produzca un sentido de significado es imperativa la conformación de una *pareja simbólica*, la cual permite elaborar una diferencia entre ambos elementos permitiendo el reconocimiento de atributos considerados específicos para cada uno de estos elementos simbólico, en este sentido se enfatizan las diferencias anulando las semejanzas con la finalidad de proporcionar un sentimiento de certidumbre que permita una lectura “clara” de los elementos de la realidad social, posibilitando de esta forma una organización que parece coherente, inamovible y lógica.

Ahora bien, en la lectura de esta relación de elementos simbólicos el género es expresado en la forma de *masculino=categoría central* y *femenino=categoría límite*<sup>4</sup>, ambas nociones no necesariamente aluden a hombres o mujeres, sino que constituyen el primer referente para la elaboración de esquemas interpretativos del mundo con el cual interactúan las personas.

Cabe señalar que este *ordenador primario*, conformado por el *género simbólico*, permite comprender la forma como las nociones genéricas pueden encontrar

---

<sup>4</sup> Podría argumentarse que este modelo explicativo propuesto por Serret atiende a una lógica sexista binaria que no alcanza a dar cuenta de la diversidad de expresiones sexo-genéricas que pueden expresarse/leerse en la realidad social actual, sin embargo, y como la autora bien lo señala, las propias significaciones simbólicas pueden *extenderse*, mas no se rompen, tendiendo siempre a elaborar una categorización *referenciada* a alguna de ambas categorías genéricas. Esto puede constatarse, por ejemplo, con personas que esperan que una persona homosexual realice expresiones corporales “femeninas”, en el caso de los hombres, y “masculinas” en el caso de las mujeres; esto debido a una prenocción que tiende a feminizar, en el campo de la lectura simbólica, la practica sexual de los varones homosexuales y a masculinizar la práctica sexual de las mujeres lesbianas. Este “ajuste” en las lógicas del pensamiento atiende a lo que Núñez Noriega (2015) ha denominado la *trilogía del prestigio*, la cual fundamenta sus elementos organizativos a partir de un nodo inicial (en este caso el carácter simbólico de *lo masculino*) para establecer una idea lineal, y aparentemente lógica, que desemboque en prácticas sexuales, afectos, actividades, gustos y disposiciones corporales determinados.

expresiones claras y establecer relaciones estrechas con algunos otros de elementos de significación como pueden ser la etnia, la edad, la orientación sexual, entre muchas otras (Hawkesworth, 1999; Osborne & Molina, 2008; Bourdieu, 2010; Nuñez Noriega, 2015). Esto es posible debido a que, partiendo de una lógica en la que los sistemas de significación atienden a modelos binarios, todo aquello que se encuentra más alejado de la categoría central tiende a ser *feminizado* por considerarse objetos saturados de significado debido a que carecen de la posibilidad de ser asimilados y por ende deben ser temidos, deseados y/o despreciados (Serret, 2006; Bourdieu, 2010; Nuñez Noriega, 2015)<sup>5</sup>.

Si bien es cierto que esta conformación dicotómica y excluyente entre los géneros (simbólicos) se encuentra presente en todas las sociedades conocidas y en todos los tiempos estudiados cabe señalar que las actividades realizadas por las personas pueden expresarse de forma variada y aun así atender a una necesidad de ajustarse a esta lógica simbólica, es decir las acciones que realizan hombres y mujeres no son iguales en todas las sociedades y en todos los tiempos, sin embargo, lo cierto es que en el conglomerado de significación que conforma el *género simbólico* el espacio otorgando a lo femenino atiende a un carácter *subordinado*, límite, no claro. Esta situación, como lo han expresado algunas autoras (Rubin, 2006; Osborne & Molina, 2008), posibilitan un acceso diferenciado y desigual a múltiples recursos dentro del entramado social y cultural. Este acceso diferenciado a los recursos supone ya un espacio primado para las relaciones sociales en las que el poder puede articularse (Scott, 2015; De Barbieri, 1997) elaborando una serie de dispositivos que regulan la expresión de determinadas prácticas, los cuales permiten otorgar un lugar en el espacio de interacción social (De Lauretis, 1987).

---

<sup>5</sup> Estas nociones pueden complementarse con el postulado elaborado por Amorós (1987) cuando aborda la noción política de los varones como entidades individuales abstraídas en una categoría universal de *igualdad*, mientras que las mujeres constituyen una entidad única conformada por elementos *idénticos* intercambiables; es decir, que mientras los hombres expropian esa capacidad de individualizarse y convertirse en sujetos políticos, las mujeres son relegadas a un plano de indiferencia, y en consecuencia, imposibilitadas para la acción política.

Es necesario considerar que esta serie de significaciones articula una división tácita del mundo, esta división parte de una concepción que rastrea en los componentes sexuales la marca que confirme el sentido “real” de las construcciones simbólicas. Esta diferencia sexual se ha construido, de manera principal, en la capacidad reproductora de las mujeres (Ortíz Gómez, 2002), convirtiendo esta capacidad en un elemento que, por un lado minoriza su calidad como *sujeto* para conferirle un sentido de *objeto*, pasivo y a disposición de la voluntad masculina (Ortner, 1979); de igual forma esta situación es empleada para articular una lógica de intercambio (sexual) dentro de las relaciones (sociales) entre hombres (Rubin, 2006; Wittig, 2006). Se parte de esta posibilidad para gestar vida con la que cuentan las mujeres para dotar de sentido “natural”, es decir *objetivo*, estático, fijo y por ende universal e incuestionable, a las configuraciones derivadas (e incluso percibidas como propias) de la pareja simbólica masculino-femenino.

Sin embargo, esta división sexual no atiende necesariamente a expresiones reales, sino a una lectura *sobre* los cuerpos, es decir, el sexo no crea al género, por lo contrario, es este el que (re)crea la diferencia sexual (De Lauretis, 1987; Lamas, 2003; Osborne & Molina, 2008; Laqueur, 1994). Es así como estas afirmaciones adquieren sentido a partir de una serie de lecturas históricas y antropológicas realizadas por diferentes teóricos/as (Vigarello, 1991; 2006; Laqueur, 1994; Foucault, 2003; Fausto Sterling, 2006) quienes encuentran una serie de significados políticos presentes en la construcción de los aspectos biológicos aparentemente objetivos. Las presencias de estos elementos contextuales posibilitan una fractura dentro de esa noción de certeza y legitimidad simbólica elaborada desde un discurso (que supone un sentido) objetivo de lo biomédico; hablamos de un proceso en el que se han ido elaborando narrativas biopolíticas en los cuerpos, las cuales atienden a premisas histórica y culturalmente elaboradas. De esta forma es factible corroborar la forma en que los discursos políticos se *incorporan*, creando una ficción en y desde los cuerpos, más que atender a cuerpos que expresan una realidad perpetua y natural.



Este acercamiento a los cuerpos, sexualizándolos, es realizado por medio de un esquema interpretativo modulado por el *género simbólico*, el cual posibilita la articulación casi imperceptible de un segundo nivel interpretativo del género: el *género imaginario social*. Este

“(…) es el conjunto de tipificaciones, nociones, ideas y valores reproducidos en las *prácticas*, sobre lo que significa *ser hombre o mujer*, que tiene como referente al género simbólico. Implica el conjunto de *ideas comunes* acerca de lo que significa ser un hombre o una mujer, es decir las tipificaciones provenientes del imaginario social” (Serret, 2011, p. 84; cursivas mías)

Este segundo nivel analítico del género atiende a un plano en el que se articulan mecanismos especializados en la asignación, supervisión y evaluación de los marcajes de género<sup>6</sup>. De esta forma, en las sociedades y en los grupos se establecen estructuras capaces de constreñir prácticas específicas a los modelos interpretativos del género (Hawkesworth, 1999, p. 30) los cuales construyen un sistema de recompensas a quienes se acercan más a dichos modelos simbólicos, sancionando a aquellas personas que no se ajustan al modelo de significación establecido (Osborne & Molina, 2008, p. 154).

Como se puede ver los componentes simbólicos permean el conjunto de elementos prácticos que conforman la realidad social, creando una división marcada entre los recursos, partiendo de la diferencia sexual, asignados a los hombres (entendidos como aquellas personas que encarnan-actúan prioritariamente significados masculinos) y a las mujeres (aquellas personas que encarnan-actúan prioritariamente significados de feminidad) sin embargo es importante tener en consideración que esta

---

<sup>6</sup> Entendidos éstos como el conjunto de señales que posibilitan una lectura sobre el quehacer de las personas dentro del plano social, permiten su categorización dentro de alguna de las “esferas” genéricas de la pareja simbólica.

(...) 'división del mundo', basada en referencias a 'las diferencias biológicas y sobre todo a las que se refieren a la división del trabajo de procreación y reproducción' actúa como la 'mejor fundada de las ilusiones colectivas'. Establecidos como conjunto objetivo de referencias, los conceptos de género estructuran la percepción y organización concreta y simbólica de toda la vida social (Bourdieu, 1980 en Lamas, 2003, p. 150)

En este nivel el género comienza a cristalizarse en *prácticas ritualizadas* por medio de las cuales los significados diferenciados de las personas posibilitan la construcción de una identidad basada en referentes sociales vinculados a un binarismo cultural. Esta identidad se asume por las personas ejecutándose como el resultado "natural" de haber nacido con un sexo determinado, en este sentido debe entenderse que

(...) la dominación de género consiste en lo que se llama *contrainte par corps*, o sea, un encarcelamiento efectuado mediante el cuerpo. El trabajo de socialización tiende a efectuar una somatización progresiva de las relaciones de dominación de género a través de una operación doble: primero, mediante la construcción social de la visión del sexo biológico, que sirve como fundación de todas las visiones míticas del mundo; segundo, a través de una inculcación de una *hexis* corporal que constituye una verdadera política encarnada (Lamas, 2003, p. 162)

En este plano la socialización trasmite y reproduce una lógica basada en la comparación y la desigualdad, elabora lógicas específicas de acción que por ende distribuyen accesos diferentes a los recursos sociales, creando roles/funciones de tal modo que exista una satisfacción de los modelos simbólicos. En este sentido diversas autoras (Lagarde, 2003; Serret, 2004; 2006) han denunciado la serie de modelos impuestos por medio de la socialización sobre las mujeres, asignándoles un papel primordialmente centrado en la capacidad de reproducción, derivando en actividades de cuidado y mantenimiento de las personas, los espacios y los recursos del colectivo. La procreación y el cuidado pasan a ser características exclusivas de las mujeres, otorgando a estas actividades una noción mayoritaria de

lo femenino, por ende, poco valorada en el ámbito social y frente a las cuales se elaboran actividades que, en oposición, son dotadas de un sentido socialmente valorado, las cuales son atribuidas como mayormente masculinas.

Es patente que es en este nivel donde el género comienza a articularse no sólo a través de prácticas socialmente monitoreadas, sino en espacios lógicamente delimitados en los cuales se elaboran representaciones que confieren un sentido de validez, o si se prefiere certeza, a las acciones de las personas (Bourdieu, 1997). Estas representaciones, como se ha expresado, se encuentran en estrecha relación con las valoraciones de la pareja simbólica; de igual forma, dichas representaciones elaboran un conglomerado de valoraciones y conceptualizaciones que comienzan a ser asequibles a los sujetos para quienes constituyen elementos que posibilitan la acción. En este sentido Núñez Noriega (2015) expresa que

“Las representaciones de la realidad como principios(...) *distinguen y dan estatus*(...) entre los individuos, los grupos y las clases sociales, pues implícitamente tienden a definir lo que es ‘valioso’ y lo que ‘carece de valor’, lo que es ‘admirable’ y ‘despreciable’, lo ‘adecuado’ y lo ‘inadecuado’, lo ‘deseable’ y lo ‘indeseable’ lo ‘normal’ y lo ‘anormal’, lo que ‘debe ser’ y lo que ‘no debe ser’, etcétera, y con ello tienden a *otorgar a los que poseen las cualidades así descritas un determinado tipo de ‘capital’*(...) y una determinada *posición de privilegio, autoridad, dominio o superioridad sobre otros*” (p. 33; cursivas mías)

Estas disponibilidades diferenciadas a los capitales dentro de la interacción social confieren una posibilidad de acción desigual. La afirmación de Scott (2015) según la cual el poder se articula por medio del género comienza a adquirir claridad en la medida en que los caracteres simbólicos se cristalizan en campos y prácticas específicas, los cuales distribuyen de forma inequitativa capitales a una diversidad de actores, por lo que, éstos tienen ejercicios de poder distintamente articulados desde y por el dispositivo de género; el poder y el género se institucionalizan por medio de prácticas sociales que confieren un sentido de “realidad” y se expresan

en el comportamiento posibilitando la (re)elaboración de las subjetividades (De Barbieri, 1997; Bourdieu, 2010).

Puede parecer que estas acciones se implementan por una entidad independiente, ajena a las personas y en las cuales estas se encuentran ausentes o intervienen en niveles mínimos, sin embargo, esto no es así. Continuando con el modelo propuesto por Serret (2011), la imbricación de elementos socializantes que posibilitan el acceso a recursos articula un tercer nivel del género, el *género imaginario subjetivo*, el cual atiende a las construcciones subjetivas de las personas, y a la implementación por parte de éstas de acciones que buscan ajustarse a los modelos socialmente contemplados y designados en roles/funciones/estatus siguiendo un modelo binario basado en las nociones simbólicas del género.

Llegado a este punto es posible comprender que el género constituye uno de los elementos analíticos de mayor relevancia y que, de no ser por la *puesta en práctica* de los sujetos éste no sería más que un constructo abstracto, alejado de toda manifestación explícita en la realidad social y en los diversos planos de la interacción. Partir de una noción en la que el proceso de socialización confiere un sentido real al quehacer de las personas, configurando en ellos un *sentido*, no solo de pertenencia a determinados grupos, sino de veracidad por medio de la elaboración simbólica en el establecimiento de determinados rituales sociales (Collins, 2011).

El género se convierte, así en un elemento nuclear de la identidad personal, vinculado, mediado, contenido y significado por los grupos a los que el sujeto se adscribe, dotando a rasgos aparentemente personales un sentido de integridad e inmutabilidad que posibilitan una lectura percibida como válida sobre las corporalidades, los deseos (propios y ajenos) y, prioritariamente, los elementos, todos, de la realidad social. De esta forma:

“La identidad de género (...) debe considerarse como el resultado del entrecruzamiento entre dimensiones de la subjetividad (...) En orden de aparición lógica, esas dimensiones distintas son: la configuración de la identidad nuclear de género (posicionamiento subjetivo frente a los referentes de feminidad y masculinidad); aparición de la diferencia sexual y posicionamiento frente al deseo” (Serret, 2011, p. 89)

El género como un sistema de significaciones posibilita su propia *incorporación* en los sujetos, quienes se conformarán en los *actores* del sistema simbólico y de los elementos imaginarios del mismo. Estas imbricaciones, como puede imaginarse no se expresan de la misma forma en todos los *escenarios*, sino que se articulan atendiendo a las exigencias y demandas de los propios escenarios, sin que por ello se recurra a una ausencia de la misma interpretación genérica, pues este no tiene una ubicación específica (West & Zimmerman, 1999).

La categoría sexual conferida a las personas, en este sentido, es al mismo tiempo una *representación interactiva* (West & Zimmerman, 1999, p. 117) modulada por elementos simbólicos dada al sujeto, como la *reproducción ritual de acciones* llegadas al punto de “naturalizarse” (Butler, 1999; Duque Acosta, 2010; Collins, 2011), cabe señalar que:

“La relación entre los tres niveles de intervención de género sería de la siguiente manera: El proceso de la conformación de la identidad nuclear de un/a sujeto resulta de un particular posicionamiento imaginario frente al binomio simbólico masculinidad/feminidad y frente a la encarnación de éste en tipificaciones imaginarias sociales que indican como son los hombres y las mujeres” (Serret, 2011, p. 89)

De esta forma, las personas reproducimos los mandatos simbólicos del género, los cuáles han pasado a formar parte de nuestra subjetividad por medio de los procesos de socialización, así De Lauretis (1987, p. 46) ha definido como *interpelación*, a la posibilidad del sujeto de ser un nodo primado en la reproducción de las lógicas

binarias del género, de esta forma el sujeto “(...) acepta, asimila y hace propia la *representación social* y ésta se convierte para ese individuo en *algo real*, aunque sea de hecho imaginaria” (cursivas mías). Es a partir de este proceso sociocultural que las personas *naturalizamos* los sistemas binarios de género, pues vinculamos nociones afectivas con acciones sociales que, a su vez, se concatenan con elementos simbólicos.

En este sentido Conell (1987) evalúa los alcances del género en la elaboración de prácticas cognitivas e interpretativas llegando a construir una especie de *sentido común*<sup>7</sup> que vuelve incuestionable la lógica primada de los valores simbólicos llegando al grado de convertir a los sujetos en una especie de “monitores de género” (West & Zimmerman, 1999), buscamos que las expresiones de la realidad se ajusten a los moldes de “lo masculino” y “lo femenino”. Esta acción de monitoreo se realiza en un doble sentido: por un lado, evaluamos el ajuste de las personas, los comportamientos, los contenidos, las expresiones, los pensamientos y los sentires de acuerdo a lo que hemos asimilado como propio para cada género, al mismo tiempo que buscamos ajustar nuestras vivencias a la misma matriz dicotómica; es decir, no sólo evaluamos el desempeño o ajuste de las expresiones de la cotidianidad en esta matriz genérica, sino que, además, la encarnamos.

---

<sup>7</sup> Empleo la noción de *sentido común* desde la psicología social, y más específicamente desde la teoría de las *representaciones sociales* de Moscovici (2010), el cual arguye que éstas constituyen un producto cognitivo elaborado socialmente (en grupos específicos) a partir de las interacciones establecidas por las personas que conforman dicho grupo, en este sentido las representaciones sociales confieren sentidos de veracidad, certeza, aunado a un “ahorro” de energía cognitiva, dotando a los miembros un sentido práctico en su desempeño en la interacción dentro de la sociedad. Cabe destacar que, estos esquemas interpretativos conforman una serie de fenómenos cognitivos que van desde los heurísticos hasta las atribuciones, es decir, parte desde una necesidad lógica de las personas por “explicar” su que-ha(s)cer (las cosas, su desempeño y el de las personas). Como puede verse esta teoría puede muy bien enriquecer las nociones de *habitus* y campo de Bourdieu, partiendo de una visión lúdica entre el sujeto, el campo y las composiciones simbólicas podemos comprender por que las personas evocan, o mejor dicho “hablan” por y mediante la cultura-sociedad siendo el lenguaje un elemento primado en el rastreo y manifestación de estas articulaciones micro-macro que se encuentran en el sujeto.

## 2.1 La construcción de “la masculinidad” y “lo masculino” como estrategia de jerarquización y exclusión de un “Otro”.

Así, el género se organiza como una estructura con tres subsistemas que se articulan y permean las subjetividades de las personas, dotándoles de *sentidos prácticos* que les permiten interactuar en la realidad social. Esta estructura genérica elabora una noción de separación entre lo *masculino*, comprendido como entidad terminada, completa y por tanto independiente; y lo *femenino*, comprendido como aquello carente, en falta y por tanto dependiente. Así, lo masculino condensa valoraciones positivas (ya sea en el plano de lo simbólico, lo social o lo subjetivo) las cuales son colocadas en una posición de superioridad en relación a los aspectos femeninos.

La base de la construcción genérica, como se ha explicado, es la diferencia sexual la cual ha sido implantada y legitimada en el esquema de significación cultural. Esta afirmación, sin embargo, no acaba de esclarecer la manera en que uno de los elementos ha sido enarbolado como referente simbólico de aspectos valorados socialmente. Llegados a este punto, Seidler (2000) propone un rastreo histórico en el que los sistemas de pensamiento consolidan una lógica que concluirá en el uso preponderantemente de la razón y el control (basado en la misma) de los elementos naturales, ejecutando de esta manera, una doble acción: en un primer momento, el monopolio de los atributos “racionales” por parte de los hombres con la subsecuente exclusión de las mujeres a un plano contemplativo en el que se les visualizaba como elementos naturales, por ende carentes de voluntad y razón; en un segundo punto, la solidificación de estos patrones filosóficos desembocará en la creación de instituciones que dotarán de certeza a la misma fuente que les conformó por medio de la elaboración de discursos aparentemente neutros, objetivos y libres de sesgo. En este sentido, es posible asegurar que la masculinidad como marco significativo pudo consolidarse como tal a partir de la coadyuvancia entre los procesos que consolidaron la Modernidad. Es posible explicar la solidez, desde un nivel de las representaciones culturales y por ende su *encarnación* en lo social e individual, de

lo masculino como canon valorativo-interpretativo si se analiza el proceso de construcción de la Modernidad y sus organismos más representativos: la ciencia y el capitalismo (Seidler, 2000; Blazquez, 2008); cabe señalar que la Modernidad no implicó la creación de un modelo basado en la diferencia sexual, sino que consumó y *legitimó* las mismas (Laqueur, 1994) con la creación de dispositivos que se han encargado de la elaboración de roles, funciones e incluso la elaboración de subjetividades delimitadas por formas de ser, sentir, actuar, pensar específicas para cada género (Badinter, 1993; Bourdieu, 2010; Conell, 2015).

Comprender a la masculinidad (y lo masculino), como elemento valorativo-interpretativo, es una tarea que conlleva de forma implícita a abordar la Modernidad, su proceso histórico y cristalización en instituciones específicas. La Razón<sup>8</sup> Moderna ha sido apareada de forma tan exitosa con lo masculino que ha sido comprendido que lo racional es un elemento naturalmente constitutivo de los hombres. En este sentido Seidler (2000) establece, con toda claridad, la complicidad existente entre la Modernidad, la Razón (derivada de aquella) y la Masculinidad (producto de ambas). De esta forma el autor menciona, que:

“Así como la modernidad ha contribuido a institucionalizar la soberanía de la razón, también ha legitimado el poder del hombre, y éste ha aprendido a usar su supuesta racionalidad para imponer la subordinación de la mujer. La mujer será escuchada sólo si aprende a ‘hablar racionalmente’; si no, lo que diga será denigrado, será tratado como ruido y no como una manera de hablar” (p. 60)

---

<sup>8</sup> Uno de los elementos que sostiene al mito de la modernidad es que existe una Razón única, universal, objetiva e imparcial. Esta Razón es, desde la misma noción elaborada por la Modernidad, asequible a todas las personas si se siguen una serie de procedimientos elaborados por ella misma. Esta noción de una razón única, sin embargo, ha sido acertadamente criticada por diversas/os autoras/es al no contemplar los elementos políticos que se encuentran en el trasfondo de la elaboración del *pensamiento científico hegemónico*, el cual se construye, muchas veces, desde premisas misóginas, racistas, clasistas que al plasmarse y proyectarse desde el modelo científico hegemónico adquieren un carácter de *objetividad* que no debe cuestionarse sino a partir de las pautas establecidas por el mismo constructo que es la ciencia (Ortíz Gómez, 2002; Foucault, 2002; Foucault, 2006; Blazquez, 2008). Es importante resaltar la naturaleza del aparato científico como una productora de *narrativas certificadas*, las cuales son asimiladas por las personas y conforman un referente privilegiado en la construcción de esquemas cognitivos, es decir, las personas elaboramos teorías sobre cómo funciona el mundo y sus componentes, en gran medida, a partir de dictámenes científicamente elaborados, lo cual confiere un sentido de *verdad* (Bruner, 1995; Shootter, 2001).



Es así, como La Modernidad, a partir de sus dispositivos, articula una serie de conceptos que designan a los sujetos, sus sentires, sus actuares y, más aún, sus subjetividades. Esta capacidad de (re)crear la realidad a partir de organismos bastante bien definidos es lo que ha posibilitado monopolizar todo un cúmulo de atributos valorados social y culturalmente con lo masculino. Lo masculino se convierte, de esta manera, en el parámetro para definir el sentido del mundo, y que, como algunos autores han demostrado (Montesinos, 2002; Calvo, 2006), atiende más a una ficción narrativa que a un modelo real del ser. Este monopolio significativo (Modernidad-Razón-Masculinidad) refuerza, a partir de una serie de entramados simbólicos, una noción de Hombre Único, Unido y Universal: sin fisuras identitarias, construido como eje y medida del mundo; aunado a estas características podemos mencionar el papel de la heterosexualidad y la virilidad como elementos constitutivos de esta ficción elaborada sobre la masculinidad (Bonino, 2002).<sup>9</sup>

Esta capacidad de producción narrativa designa a todo aquello que no cumpla con estos criterios (ya de por sí bastante arbitrarios) una noción de *otredad*, es decir, de elemento ajeno a las nociones del sujeto masculino (Serret, 2004) y por lo tanto *objeto* de miedo, deseo e incógnita. Construcción diferenciada que se ve reafirmada desde constructos “legítimos” como la ciencia o la religión, de esta forma la elaboración de un sujeto “normal” y un otro “anormal” encuentra en las propias lógicas de su construcción discursiva la confirmación que necesitará para dar por sentido lo expresado; es decir, se busca confirmar un elemento, que de antemano se sabe sesgado, a partir de elaboraciones institucionalizadas que confiere una versión “legítima” ante la mirada de las personas.

De esta manera entendemos que la forma de masculinidad, que Conell (2015) designara como *masculinidad hegemónica*,<sup>10</sup> “es un Corpus construido

---

<sup>9</sup> Aspecto en que ahondaré un poco más adelante.

<sup>10</sup> Profundizar en esta categoría me sería virtualmente imposible, por lo que de forma muy escueta podría enumerar algunas de las características que han sido abordadas para el estudio de la masculinidad

sociohistóricamente, de producción ideológica, resultante de los procesos de organización social de las relaciones mujer/hombre a partir de la cultura de dominación y jerarquización masculina” (Bonino, 2002, p. 9). Estas aproximaciones se realizan desde un plano cultural que, sin embargo, es asequible a la realidad desde las expresiones sociales que, a su vez, son transmitidas y adquiridas por las subjetividades individuales. Diversos trabajos (Montesinos, 2002; Calvo, 2006; De Keijzer, 2010; Conell, 2015) han profundizado sobre el papel de la socialización en la adquisición de rasgos masculinos, es decir, elaborados desde una lógica que posibilite la identificación y diferenciación. Los sujetos nos convertimos en agentes reproductores de un modelo canónico de ser, sentir, pensar y actuar construido desde una visión diferenciadora, jerárquica y desigual (por ende, injusta); de esta forma

El poder configurador de la MH se hace evidente en la vida de los hombres contemporáneos no tanto en su discurso, sino en sus prácticas; no tanto en sus comportamientos aislados sino en su posición existencial, modo de estar e incapacidad para el cambio en lo cotidiano; no tanto en sus momentos estables, sino en las situaciones críticas; en su identidad representacional (imagen de sí) pero especialmente en la funcional (lo que hacen) (Bonino, 2002, p. 8).

Una construcción sociocultural que, parafraseando a Bonino (2002), a pesar de los cambios que se puedan presentar en una multiplicidad de ámbitos, desde lo macro hasta lo microsocio, continúa siendo un referente predominante y legítimo para la construcción no sólo de las identidades masculinas sino de las mujeres y de las personas sexogenéricamente diversas (Nuñez Noriega, 2015; 2016). La masculinidad hegemónica es, como puede verse, una noción relacional, que se

---

hegemónica: vinculada al poder, exitosa económicamente, sexualmente activa y promiscua, dominante en todos los ámbitos en que se vea en interacción, protagónica, violenta (en “casos extremos” y con el respaldo social y cultural), heterosexual, homofóbica (y en general diversofóbica), misógina, insensible y poco empática. Para profundizar más en esta definición refiero al lector/a a los textos clásicos de Badinter (1993), Seidler (2000), Bonino (2002), Calvo (2006), Bourdieu (2010), de Keijzer (2010), Conell (2015) y Núñez Noriega (2015; 2016), en el que se profundiza desde una multiplicidad de perspectivas los elementos que constituyen estas lógicas identitarias hegemónicas.

construye a sí misma a partir de la definición de elementos contrastantes, es así como:

“La masculinidad y la feminidad son conceptos inherentemente relacionales que adquieren su significado de las conexiones entre sí, como delimitación social y oposición cultural. Esta característica se presenta sin importar el contenido variable de la delimitación de las diferentes sociedades y en los distintos periodos históricos” (Connell, 2015, p. 71)

Si bien es cierto que ambos elementos se encuentran relacionados, es importante mencionar que esta relación es desigual, inequitativa y se basa en una serie de construcciones que excluyen el acceso a una diversidad de recursos a partir de lógicas autoproducidas. Es a partir de la confluencia de cuatro ideologías que se construye y confirma el sentido hegemónico de la masculinidad, de nueva cuenta, de acuerdo con Bonino (2002):

1. *La ideología patriarcal*: construye una figura de hombre-padre con facultades sobre las/os hijas/os y su esposa.
2. *La ideología del individualismo moderno*: conforma la imagen de un hombre centrado en sí mismo, autosuficiente, capaz, *racional*, con capacidad para imponer su voluntad y con la facultad (legítima/da) para el uso del poder.
3. *La ideología de la exclusión y subordinación de la otredad*: vinculada con la ideología anterior, posibilita la articulación de ejercicios que tienden a la eliminación de ese *otro distinto*.
4. *La ideología heterosexual homofóbica*: en la que la identidad masculina se encuentra estrechamente vinculada con el deseo por *un otro femenino*, al cual se posee y domina por medio de la cópula.

Lo humano, de esta forma, es equiparado con la masculinidad. La masculinidad (hegemónica) se convierte, así, en un genérico universal, a partir del cual se valorarán los elementos de la realidad social en sus diferentes facetas:

Por ello la mujer (y el otro menos valioso según la valoración masculina) se define como diferente/inferior, a disponibilidad como objeto a *conquistar y relacionarse sexualmente*, para *servir, cuidar, apreciar o despreciar, disociada idealizada/amenazante o denigrada*, madre/prostituta o bruja), de doble utilización (madre/ama de casa), *medio de fines masculinos*, con *invisibilización* de sus aportes valiosos para la vida y del trabajo doméstico (Bonino, 2002, p. 24; cursivas mías)

### 2.1.1.1 Topografías de la masculinidad hegemónica: el poder, la violencia, las (no)emociones y la (hetero)sexualidad.

Esta masculinidad<sup>11</sup> entonces, supone una serie de atributos, valores, funciones y conductas que socialmente se consideran imprescindibles para las personas sexuadas hombres (De Keijzer, 2010). Dentro de los parámetros de esta socialización masculina, el protagonismo constituye la base para la conformación de un subsecuente entramado socialmente aceptado de conductas en el que las personas que *encarnan* la masculinidad (Calvo, 2006) someten a su control a una multiplicidad de elementos que han sido conceptualizados como externos, ajenos, extraños a sí mismo; incluido el propio cuerpo.

De esta manera, y bajo la idea de una lógica *despersonalizada*, la masculinidad se construye, de forma esquemática, a partir de tres ejes incorporados subjetivamente: el poder, una noción de invulnerabilidad (ligada a elementos de riesgo) y el ejercicio de violencia, cuyas improntas de género son demasiado claras.

Hablar de poder implica circunscribirse a una de las discusiones más fructíferas dentro de las ciencias sociales, sin embargo, por cuestiones prácticas, en este trabajo atenderemos a una definición de poder que explore sus manifestaciones en tres ámbitos con vasos comunicantes entre sí: un poder simbólico, elaborado culturalmente; un poder fáctico, expresado en, y ejecutado por, prácticas e instituciones sociales; y un poder a nivel personal, ejercido en microfísicas de poder constituido, incluso en expresiones subjetivas de las personas.

El poder en ese primer plano, el simbólico, se comprende como un elemento constitutivo de las relaciones totales,<sup>12</sup> esto es, el poder cuenta con la capacidad

---

<sup>11</sup> De acuerdo con Parrini (2007; 96) debe entenderse a la masculinidad como "(...) una condensación específica de relaciones de poder, que requieren su hegemonía y homología para operar", como el autor señala, masculinidad se construye a partir de dos elementos cofundantes, la *dominación* y la *hegemonía*; correlatos que se estructuran de forma transhistórica y transcultural, plasmados en instituciones sociales.

<sup>12</sup> Y un "(...) elemento central para comprender el campo social en el que se llevan a cabo las prácticas sexuales (...)" (Nuñez Noriega, 2015)

para producir verdades; esta facultad para la elaboración de discursos constitutivos de verdades es una clara manifestación de la asimetría en las relaciones sociales, pues quien confiere el *sentido de las cosas* tiene la facultad, no sólo de definir al objeto en sí, sino la relación que se ha de establecer con él (Foucault, 2002; 2006; 2012). Esta construcción de la realidad es elaborada desde una serie de dispositivos que articulan y legitiman esos saberes, producto de interacciones sociales, otorgándoles la facultad de crear modelos interpretativos. De esta forma, lo particular pasa a ser leído como lo verdadero; este saber pasa a ser tomado como válido universalmente al atribuirse a sí mismo una serie de características que confieren una noción de universal (Blázquez Graf, et al., 2012) .

Referimos, en este primer plano, el poder como la facultad de organizar, crear, transmitir y regular epistemes. Así, el poder es asociado con la masculinidad, al ser los hombres quienes, han definido de forma arbitraria las pautas del *deber-ser* dentro de la ciencia (López Sánchez, 1998; Parrini, 2007; Blázquez, 2008; Blázquez Graf, et al., 2012); el poder se expresa al contar con la facultad de *definir* y crear representaciones únicas, unidireccionales, elaboradas desde una sola perspectiva, que se leen y escriben en múltiples elementos dentro de la realidad social, es decir, se cuenta con la facultad para prescribir las formas de interacción dentro la dinámica social. De esta forma:

“(…) nuestra orientación hacia la ciencia nos hace dar vueltas en círculos (….) las mismas ciencias naturales tienen características que dependen del concepto de género. La ciencia y la tecnología occidentales se encuentran culturalmente masculinizadas (….) Las metáforas que guían la *investigación científica*, lo *impersonal de su discurso*, las *estructuras de poder* y comunicación de la ciencia, la *reproducción de su cultura interna*, todas ellas, surgen de la posición social de hombres dominantes en un mundo estructurado tomando como base el género” (Connell, 2015, p. 20)

Estas *representaciones hegemónicas*,<sup>13</sup> elaboradas y reguladas desde lógicas específicas del poder organizan las prácticas sociales más significativas y determinan, en gran medida, el grado en el que nos posicionamos frente a los elementos de la realidad cotidiana (Nuñez Noriega, 2015), de esta forma:

Cuando nos referimos al “poder de la representación” nos referimos al papel de las *valoraciones y conceptualizaciones* (...) que compartimos de la realidad en la estructuración de las *posibilidades de acción* de todos los individuos, y con ello, de *nuestras posibilidades y tipos de experiencias emocional, cognitiva, corporal* a lo largo de nuestras vidas: nuestra percepción de quiénes somos, qué queremos, qué podemos ser o hacer, cuál es nuestro valor y nuestra capacidad, cómo sentimos y cómo nos relacionamos con nuestro entorno humano y natural (Nuñez Noriega, 2015, p. 31)

Esta primera expresión del poder establece una relación con determinadas prácticas socialmente elaboradas, las cuales tienden a ser respaldadas por imaginarios que confieren a la masculinidad una apropiación del poder expresando en sus palabras la noción de *verdad única* (Seidler, 2000), por ende, incuestionable. La transmisión de las premisas generizadas del poder se realiza por medio de un proceso de *socialización* que posibilita el ejercicio de *poder-masculinizado* en instancias conferidas para determinado fin, es así como de acuerdo a algunos autores (Lorente Acosta, 2001; Núñez Noriega, 2007) el poder es expresado bajo la tutela de las instituciones sociales, las cuales garantizan la reproducción de las lógicas propias de poder. Como lo expresaría una autora: “Parte de la lucha por la hegemonía en el orden del género incluye la utilización de la cultura con propósitos disciplinarios: establecer normas, alegar poseer la aprobación popular y desacreditar a aquellos que ¿no? alcanzan la talla” (Connell, 2015, p. 289).

---

<sup>13</sup> Empleo este término en el sentido de Núñez Noriega (2015; retomando a Mouffe y Laclau 1982), en el que expresa la capacidad de las representaciones hegemónicas para constituirse como “(...) la fuente principal de la construcción de las subjetividades, y con ello, de las relaciones de poder entre los sujetos”; esta expresión atiende a la facultad no sólo por posicionar una serie de construcciones legitimadas como el único parámetro de interacción a nivel de lo simbólico, sino que este mismo, filtra hasta las subjetividades haciendo que las personas ajusten sus vivencias a las expectativas demarcadas desde estos modelos presentados como únicos.

Este poder masculinizado confiere algunos atributos que son asimilados socialmente y transferidos a los individuos, quienes asumen como propios estos rasgos, convirtiéndose, de esta manera, en elementos clave para la transmisión de valores respecto a *lo masculino*. La articulación del poder en esferas sociales y planos subjetivos es realizada a través de la premisa de un poder simbólico atribuido a los varones; las pautas del poder vinculado a “lo masculino” confieren un sometimiento de las otredades, como entidades fuera de la ley (masculina), entidades que deben domesticarse.

Uno de los primeros componentes que se ordena/aprende es a “controlar” el cuerpo, tanto el propio como el ajeno, pues éste se visualiza como un elemento sospechoso, apegado a las pautas naturales, por ende, incomprensible, indómito, ilógico, ajeno a cualquier modelo identificable con lo masculino. Es así como, en el caso del cuerpo propio, éste debe ser sometido a la voluntad de la razón,<sup>14</sup> “ponerse a prueba”, arriesgarlo como elemento que *expone* la capacidad masculina. La *masculinidad hegemónica* se construye en un primer momento, a partir de la capacidad para *someter* a voluntad al propio cuerpo. Aprendemos que “(...) no hay mucho que aprender del cuerpo ni de las emociones y los sentimientos que supuestamente tienen su fuente en su ámbito. El cuerpo es parte de una naturaleza que se considera ‘muerta’, porque sólo existe como materia y no tiene vida propia. El cuerpo no tiene su propia sabiduría” (Seidler, 2000, p. 42). El cuerpo *no-es* el hombre, por ende es un elemento factible de ser intervenido, violentado, alterado, controlado: sometido.

De esta forma, el cuerpo se vuelve la pieza dispuesta a ser sacrificada, en un primer momento, para conformar un sentido de validez frente a lo estipulado desde el

---

<sup>14</sup> Un aspecto que como demostró Seidler (2000), no es más que una fantasía que, en el fondo, cuenta con elementos paradójicos e incluso francamente contradictorios, como se verá un poco más adelante respecto a la disposición racional del cuerpo, elaborada desde una narrativa aparentemente lógica, al mismo tiempo que se busca someter al cuerpo a una exposición reiterada a determinados factores, que le pueden vulnerar, con la única finalidad de demostrar-se que se puede tener control sobre la carne.



modelo masculinista hegemónico. Hablamos de que el *cuerpo* es aquel elemento en el que se inscriben una serie de postulados históricos, sociales, culturales, políticos que (de)forman la estructura biológica (Boltansky, 1975; Le Breton, 1992), pues “el cuerpo no sólo es ADN, sino también conlleva la historia humana” (Bordo, 1999, p.26; en Domínguez Ruvalcaba, 2013); analizar el control masculino sobre el (propio-ajeno) cuerpo se convierte, de esta forma, en un primer elemento para comprender las lógicas subsecuentes en las que el poder se encuentra inmiscuido, de esta manera hablamos de *significados corporizados*, en el sentido de que “(...) las prácticas que se reflejan en el cuerpo y se derivan del mismo no se dan en el interior de los individuos. Involucran relaciones sociales y símbolos; y también pueden involucrar instituciones sociales a gran escala” (Connell, 2015, p. 99).

El cuerpo masculino es percibido, a partir de esta lógica, como una especie de *herramienta* que simplemente puede ser *empleada* para la obtención de determinados fines: sociales, económicos, profesionales, deportivos, sexuales. El cuerpo es un mero utensilio del que se puede disponer para impresionar, seducir, castigar, al mismo tiempo que se apresa dentro de una lógica que desgasta y vulnera, en algunas prácticas, la propia integridad corporal. El cuerpo se convierte en un arma que atenta violentamente contra sí mismo en aras de preservar (o en su defecto ajustarse) a las premisas de la masculinidad hegemónica en la que lo natural no sólo se controla, sino que se desprecia y puede ser dispuesto a voluntad. Esta noción del cuerpo propio-como-algo-ajeno ha encontrado en el *desafío* una justificación para la implementación de estrategias que han desembocado en una serie de consecuencias negativas para la salud pública que van desde el consumo elevado de sustancias (Castro & Vázquez García, 2009; Toquero Hernández & Salguero Velázquez, 2013), mayores ejercicios de violencia contra las mujeres y poblaciones vulnerables (Lorente Acosta, 2001), una mayor incidencia en muertes violentas (Vaillant, et al., 2013), mayores índices respecto a conductas sexuales de riesgo (Rivero Escamilla, 2015), así como muertes por enfermedades crónico degenerativas que no fueron detectadas a tiempo o que no han sido atendidas de forma oportuna (De Keijzer, 2010).

La noción del *desafío* se construye como uno de los elementos más eficientes para monitorear y regular las expresiones masculinas, pues éste se convierte en el testimonio que permite corroborar las improntas adquiridas desde el sistema simbólico del género. La sospecha y la puesta en marcha del desafío expresan las lógicas patriarcales inscritas en los cuerpos y las subjetividades masculinas. Nos volvemos vigilantes, monitores de las expresiones genéricas de los demás, acusando las faltas en busca de las recompensas, asumiendo los desafíos para que, en caso de fallar, al menos se haga con el acto iniciado, eliminando toda sospecha de miedo que pueda poner en duda nuestra adscripción a la membrecía del *deber ser hombre*; de esta manera los varones aprendemos que “(...) la masculinidad es algo que debemos estar dispuestos a siempre defender; a diferencia de lo que ocurre con nuestra razón, no podemos darla siempre por sentada, y más bien se convierte en una fuente constante de preocupación” (Seidler, 2000, p. 16).

La violencia se ejerce sobre otras corporalidades/subjetividades, pero también, se vuelve un ejercicio cotidiano sobre sí mismo en el que el *riesgo* es un elemento constitutivo de la puesta en marcha de los mandatos patriarcales; se atenta contra el cuerpo-propio como modelo primado de lo natural. Se lo exhibe, al cuerpo, como medalla de logro en el canon hegemónico de la masculinidad.

Si el cuerpo masculino es construido como un elemento extraño que debe someterse, el cuerpo femenino es conceptualizado como un objeto, también extraño, pero que, además, debe poseerse, expropiarse, conquistarse. Este proceso de apropiación del cuerpo femenino atiende a una lógica que confiere a este un valor diferenciado, un valor que es elaborado a partir de una percepción erotizante de las cualidades conferidas al cuerpo femenino como emblema de las lógicas naturales (Amuchástegui, 2007). De esta manera el cuerpo de las mujeres adquiere un sentido de más cercano a la naturaleza a partir de su capacidad reproductora, situación que le confiere una lógica de propiedad, pero no para las

propias mujeres, sino que se convierte en un bien que debe ser regulado por y para hombres (Rubin, 2006). Esta operación “naturalizante” sobre los cuerpos de las mujeres le confieren una serie de determinantes diferenciadas al actuar respecto a los hombres, de esta forma la capacidad de realizar o no ciertas actividades estarán vinculados a la capacidad de diferenciar entre quien procrea y quien regula esta capacidad (Ortner, 1979; Ortner & Whitehead, 2015).

El cuerpo femenino (o feminizado) se convierte, de esta forma, en la meta simbólica del “ser-hombre”, no tanto en cuanto a sus características biológicas, sino en la capacidad masculina de penetrarle, vulnerarle (Cucchiari, 2015); si bien es cierto que la mujer (como elemento simbólico) debe ser poseída, obligando al varón (simbólico) a poseerle, haciendo de la heterosexualidad una característica prioritaria de la conformación identitaria, la realidad es que la sexualidad masculina (hegemónica) no busca poseer a una mujer, sino a cualquier objeto *feminizado*, el cual se convierte, de esta forma en un depositario de la facultad masculina: la *virilidad* (Amuchástegui, 2007; Gutmann, 2007; Parrini, 2007; Conell, 2015).

La sexualidad masculina es, de esta forma, asociada a un ejercicio libre, que no confiere responsabilidad por el aparente desapego con el/la pareja feminizada, mientras que ésta se convierte en depositaria de las lógicas referentes al cuidado, cuya sexualidad debe encontrarse exclusivamente al servicio de las *necesidades de otros masculinos* (Trueba Lara, 2007; Barrantes & Cubero, 2014). En el plano de la sexualidad el hombre (masculino) orienta la acción en su categoría de *sujeto* mientras que *un-otro* se convierte en *objeto* manipulable del deseo activo masculino. Como lo expresaría un autor (Seidler, 2000; 204) es: “en el marco de la cultura masculina dominante (que) aprendemos a tratar a la mujer como *objeto sexual* y a desairarla y a menospreciar su experiencia para afirmarnos nosotros mismos”

Un último elemento que es pertinente resaltar respecto a los elementos constitutivos de la masculinidad hegemónica es el referente al *distanciamiento emocional*, el cual es producto de un prolongado proceso sociocultural, en el que La Razón, producto

de La Modernidad, es equiparada con la masculinidad (Seidler, 2000; Núñez Noriega, 2007; Parrini, 2007), de esta forma el trasfondo que subyace respecto a esta característica es similar a la conferida a los cuerpos, es así como:

“(…) en el marco de la modernidad aprendemos en tanto hombres a dar por hecho un concepto particular de razón. Esta separación de razón y naturaleza funciona para apartar al hombre de sus emociones y sentimientos, que constituyen una amenaza a su identidad de hombre (…)”  
(Seidler, 2000, p. 16)

Las emociones se convierten en elementos que vulneran la integridad “lógica” de la identidad masculina hegemónica, el hombre adquiere un sentido similar al de una máquina en el que las emociones no son *referentes necesarios propios*, sino atributos que son transferibles a otras personas como síntoma de debilidad.

### 3. La disciplina médica

La medicina como práctica profesional, es una de las más afinadas expresiones de la modernidad, al convertir a los cuerpos en la materia prima para la elaboración de sus saberes. La razón, en este sentido, somete al cuerpo (Seidler, 2000), le analiza, le escruta, le explora, le expone, le estudia; mas nunca le confiere un sentido de realidad por sí mismo. El cuerpo se convierte en una invención médica, el cual es significado, (re) creado, a partir de las lógicas contextuales en las que el ojo clínico imprime sus lógicas estructurantes como lógicas *distantes*, por ende, *objetivas*. En este sentido podemos comprender al quehacer médico como un conjunto de saberes que conllevan lógicas particulares de poder capaz de estructurar lógicas definitorias de la realidad (Foucault, 2003).

El cuerpo se convierte, de esta manera, en el *espacio* sobre el que la medicina escribe las lógicas del saber científico; el cual es resultado de una serie de conflictos epistémicos contextualizados, hablamos de un saber elaborado históricamente, este saber tiene por finalidad consolidar en los cuerpos su propio sentido de *Verdad*. El cuerpo es descrito a partir de las necesidades políticas que se encuentran en la arena desde donde se ha definido el saber médico.

Sin embargo, la consolidación de la capacidad médica para inscribir en los cuerpos sus propias elaboraciones narrativas como disciplina científica no fue un proceso lineal, ni fácil, sino que, transitó por una serie de paradojas, contradicciones y supuestos epistémicos que trataban de dar cuenta de la realidad en la que se encontraba inmersa (Laqueur, 1994; Vigarello, 2006). De esta forma podemos reconocer que la disciplina médica ha transitado desde un conjunto de saberes mítico-mágicos, a una serie de constructos mucho más elaborados en los que el cuerpo se convierte en el elemento definitorio para la construcción de un saber bastante más refinado (Laín Entralgo, 1978), el cual no se ha encontrado exento de apropiaciones violentas de saberes (Green, 2008), omisiones voluntarias de

información para la “confirmación” de lógicas específicas (Schiebinger, 2004; Fausto Sterling, 2006) y transmisión de valoraciones morales a partir de una visión “científica” (López Sánchez, 1998).

Es así como en este capítulo busco explorar las lógicas políticas y de género, elaboradas históricamente, que subyacen a la elaboración epistémica del saber médico, así como las conexiones burocráticas que, en el caso de “la medicina mexicana”, se encuentran estrechamente relacionadas y han confluído en la conformación de un saber altamente especializado, con lógicas organizativas particulares que se transmiten jerárquicamente y son asimiladas y reproducidas por los actores que se encuentran insertos en esa maquinaria profesionalizante. Por último, articulo las premisas de estos procesos interactivos socioculturalmente elaborados con la construcción bastante difundida respecto a las prácticas de salud sexual y el papel monopolizador de una “voz experta” que confiere un sentido primado del deber-ser en el campo sexual que se encuentra empañado por lógicas de género implícitas.

### 3.1 La “masculinización” de la profesión.

Como lo he mencionado con anterioridad, pensar la disciplina médica implica pensar un conjunto de saberes constituidos a partir de la modernidad (Dolcini, 2015). La consolidación de este cuerpo de conocimientos como un *campo* científico ha sido resultado de una serie de eventos azarosos en los que la *objetividad* no siempre ha sido un elemento constitutivo de la práctica médica (Vigarello, 2006), sino que, por el contrario, la práctica médica, en sus inicios constituye una serie de prácticas poco apegadas a lo que ahora consideraríamos quehacer médico. La regulación de las prácticas no sólo era algo tan poco común, sino que, además, la representación del saber médico no era ni siquiera cercano a lo que es ahora: un médico era concebido como un sinónimo de muerte (Vigarello, 1991).<sup>15</sup>

Esta conformación de un campo disciplinario cuya capacidad para leer y escribir en los cuerpos atiende, en un principio a relaciones epistémicas de poder en el que se enaltecieron ciertas miradas hegemónicas (Foucault, 2003). Así, la medicina logró posicionar una perspectiva utilitarista de los cuerpos a partir de una coyuntura sociocultural en la que existió una yuxtaposición de saberes médicos precarios (incluso burdos) a una forma de elaborar los objetos de saber basados en el distanciamiento epistémico y la sistematización de estos procedimientos. La modernidad erige a la medicina como el canon del quehacer científico respecto a las disciplinas referentes a la personalidad (Foucault, 2008); esta alianza entre un dispositivo poder-saber y una tradición de pensamiento conlleva una forma paulatina de apropiación de saberes en la que se encuentra presente una coadyuvancia previa: la de la modernidad y la masculinidad.

---

<sup>15</sup> No es mi intención explorar la manera en que se han construido las representaciones culturales respecto a la medicina o a los médicos, en todo caso lo que pretendo es explorar los componentes que se encuentran en el trasfondo de las narrativas conformantes de un dispositivo de poder-saber.

Un elemento de gran relevancia en la construcción del saber médico es la apropiación e institucionalización de saberes diseminados, muchos de los cuales se encontraban en manos de las mujeres (Federici, 2004); acción que, no sólo benefició la construcción de un proyecto epistémico, sino la exclusión de las mujeres de un saber propio, originario (Green, 2008). La relación triádica entre modernidad-medicina-masculinidad es un esquema que se elabora casi de forma “natural”, imperceptible. Esta alianza conforma maneras muy particulares de escribir y leer la realidad inscrita en los cuerpos, éstos adquieren un sentido de extrañeza elaborado desde una noción masculinista que desconoce la relevancia del cuerpo como fuente de saberes, este modelo de género pasa a otorgarle un sentido de otredad “incognoscible” (Levinas, 2000, p. 52). De esta forma el cuerpo se convierte en el espacio sobre el que las improntas de la masculinidad hegemónica, respaldadas por el saber de “La Razón” moderna, se verán confirmadas, dotando de certeza las lógicas sexualmente diferenciadas; en palabras de López Sánchez (1998) se realiza la *institucionalización del cuerpo* (p. 23), en la que, además de la doble acción de apropiación de los cuerpos como materia prima de saber y anulación de las propiedades del mismo como fuente de saber, se comienza un paulatino proceso de exclusión, de los saberes expropiados, de las mujeres. La medicina se convierte en “una cosa de hombres”, aseveración que adquiere sentido a partir de postulados basados en el género elaborados culturalmente de forma previa y que alcanza a encontrar en la medicina una de sus manifestaciones más acabadas.

Las mujeres, y toda aquella persona que encarne una posición diferenciada del modelo hegemónico masculino será estudiada, analizada, catalogada y tratada bajo el parámetro de la lógica médica revestida de improntas de género, de esta forma conductas realizadas históricamente comenzarán a ser elaboradas en narrativas distintas; la otredad encuentra, en el discurso médico, el marco que (des)legitima la elaboración simbólica de la diferencia (Foucault, 2014). De esta forma, la medicina no sólo elabora una serie de disposiciones teóricas elaboradas en y desde los cuerpos, sino que, además, elabora una visión moral que se enarbolará, de forma paulatina, como la de mayor importancia social. De esta forma es que “(...) en el



siglo XIX el médico sustituyó al confesor (...) la imagen del médico decimonónico era comparable a la de un beato cuyo proceder se inspiraba en la gracia de un saber divino e incuestionable” (López Sánchez, 1998, p. 61).

En el caso de México la consolidación de la medicina como modelo institucionalizado de saber-hacer, por un lado, y como monitor moral, por el otro, se encuentra estrechamente relacionado con la conformación del Estado-Nación moderno,<sup>16</sup> encontrando en el Porfiriato una correlación sumamente estrecha (López Sánchez, 1998). Este ajuste entre la disciplina médica y el poder político ha sido ampliamente explorado por Núñez Noriega (2015), quien además visualiza esta relación entre aparato estatal y campo médico con una estructura moral elaborada desde lógicas religiosas (católicas) en la ciudad de Hermosillo; este elemento, aunque alejado geográficamente de la zona centro del país, permite comprender la estrecha relación existente entre las lógicas de género con dos sistemas de poder (político y epistémico), así como la facultad de estas relaciones con la capacidad de generar modelos referentes a la vida de las personas.

La moral masculina imprime en la disciplina médica una lógica que transmite una visión, ya legitimada, de la “superioridad” masculina. Este dispositivo permite, elaborar desde una lógica científica una visión diferenciada de los sexos (y los géneros) en la que la figura masculina se adueña no sólo de estos saberes, sino también de los cuerpos de las mujeres. De esta forma “La ciencia médica contribuyó, de manera directa y contundente, a definir la posición social de cada uno de los sexos a partir de los reglamentos del uso del cuerpo porque los modos de vida impropios derivaban en enfermedades y, por consiguiente, eran generadores de desorden social” (López Sánchez, 1998, p. 22), de esta forma el

---

<sup>16</sup> En este sentido, resulta pertinente rescatar la lectura elaborada por Castro (2011) refiriéndose a los trabajos realizados por Freidson respecto a la *profesión médica*: “Mostró que el avance de la medicina es más un producto de arreglos específicos de poder de la profesión médica con el Estado (que, entre otras cosas, le garantizó a aquella la *jurisdicción exclusiva* en el *derecho a curar*), que el resultado de progresos objetivos en el conocimiento médico, como postula la ideología de la profesión médica” (p.53).

quehacer médico no sólo prescribe elementos “para la salud” biológica, sino que incluso permite la articulación de pautas sociales.

Las prácticas violentas y discriminatorias se realizan a partir de un modelo hegemónico del hacer médico, en el que la mujer, por un lado, es comprendida únicamente a partir de su capacidad reproductora, anulando de esta forma cualquier otra cualidad (López Sánchez, 1998; Green, 2008); y la diversidad sexo-genérica, por otro, es catalogada como desviada, anómala y por ende objeto de escrutinio (Foucault, 2003; 2007; 2014); de esta forma se elabora una representación del quehacer médico en la que la figura del varón se ajusta óptimamente con el desempeño profesional, relegando a todo elemento extraño a una modalidad del deber ser masculino (hegemónico) a un plano secundario, carente de potencial epistemológico, objeto de análisis, nunca como sujeto elaborador de conocimientos.<sup>17</sup> Las expresiones de la masculinidad hegemónica, determinan patrones socialmente establecidos en el que el dispositivo médico adquiere prestigio simbólico que le confiere un papel prioritario en la “naturalización” de los discursos discriminatorios de género, es de esta forma que “(...) la ansiedad por naturalizar lo socialmente construido tiene mucho que ver con la necesidad no sólo de justificar las diferencias sociales (...) sino también de tranquilizar la ansiedad intrínseca a la propuesta hegemónica de masculinidad” (Nuñez Noriega, 2015, p. 70).

Estos modelos culturales son plasmados en la construcción de espacios que permiten la consolidación de saberes; la edificación de las academias, los hospitales-escuelas, juegan un papel primordial en la elaboración de un saber especializado (Foucault, 2003) que transmite, desde la academia, lógicas

---

<sup>17</sup> En este sentido es importante resaltar el papel de la disciplina médica en la construcción de la sexualidad, elemento que será abordado más adelante pero que, sin embargo, es importante mencionar. Diversos estudios (Laqueur, 1994; López Sánchez, 1998; Foucault, 2003; 2014; Green, 2008; Castro, 2011; Nuñez Noriega, 2015) han revelado la alianza epistemológica existente entre las lógicas masculinas hegemónicas y la medicina, cuya capacidad de nombrar los cuerpos ha tenido una magnitud considerable en el establecimiento de relaciones sociales diferenciadas, desde la regulación sexual, reproductiva, corporal, emocional; así como en la construcción de la identidad, patologizando aquellas expresiones que no se ajusten a las lógicas de la masculinidad hegemónica, instaurando a la heterosexualidad no sólo como una característica humana, sino como *cualidad* que “favorece” la salud (social y orgánica).

particulares de poder presentes en las relaciones médico-paciente, entre los profesionistas de la salud. Estos espacios transmiten las pautas imbricadas de saberes, las cuales son asimiladas y encarnadas por el personal médico, quienes reproducen las lógicas prácticas propias de su campo profesional, estas lógicas culturalmente se convierten en elementos constitutivos de una identidad profesional (Castro, 2013; 2014a; Solís-Mendoza, 2014; Castro & Erviti, 2015) .

La medicina se ha construido como un campo socialmente legitimado que ha basado la edificación de su independencia académica a partir de premisas científicas cuya mirada compagina con elementos que son valorados dentro de las lógicas masculinas, un ejemplo claro de lo que la epistemología feminista ha sentenciado como sesgo misógino al decir que eso que se llama objetividad es subjetividad masculina (Blázquez, et al., 2012), de esta forma el saber médico se configura como una práctica, un *ethos*, un *episteme*, en suma como un *campo* que enarbola como premisa las cualidades masculinas que distancian los sentires, los afectos, las sensaciones, los vínculos, por considerarles perjudiciales en la construcción del saber.

El trayecto histórico para la conformación de este campo, con su respectivo cúmulo de saberes, configuró prácticas que han sido asimiladas como parte intrínseca del saber profesional. De esta forma, los cuerpos, los propios y los ajenos, se convierten en bienes maleables, objetos a disposición. No es azaroso, entonces que el *dolor* sea un recurso de prestigio profesional y que, a partir del desgaste físico y psicológico, se adquiriera un estatus de valía como profesionistas; algo que encuentran parangón con las narrativas de *aguante* abordadas en la noción de lo masculino.

### 3.2 La conformación de un campo: la incorporación de un *habitus* médico, la construcción de una identidad profesional y el ejercicio profesional.

Estas pautas del desarrollo médico es lo que ha tendido a ser denominado como un *modelo médico hegemónico* (Vetere, 2006; Castro, 2011) el cual se ha logrado posicionar como una visión dominante desde el siglo XIX, caracterizada por “una visión biologista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática (Castro, 2011)” y cuyos elementos definitorios han podido “(...) fundamentar jurídicamente su *apropiación exclusiva de la enfermedad*” (Castro, 2011, p. 23; cursivas agregadas).

La enarbolación de este saber médico hegemónico ha logrado la independencia disciplinaria, generando una autonomía epistemológica de otros saberes, lo cual ha permitido la construcción de espacios socializadores tendientes a la conformación de profesionistas. Éstos se convierten en los agentes encargados de asimilar y reproducir las lógicas propias de este saber materializado en un campo profesional. Este proceso de socialización es tan eficaz que pasa a convertirse en una especie de nuevo paradigma religioso (aunque de orden secular) en el que sus agentes no perciben los elementos políticos que pueden encontrarse en el trasfondo de su quehacer profesional (Castro, 2011; Foucault, 2014). Este saber profesional se convierte en un campo disciplinario cuya capacidad para monitorear y clasificar a las personas conformarán rasgos identitarios.

La capacidad, monopolizada, de la medicina para definir la enfermedad le confieren un poder culturalmente privilegiado, el cual es “transferido” a las personas que deciden ingresar a los modelos interactivos presupuestos por la disciplina. Estos modelos interactivos conforman un *campo*, en el sentido de construir una “(...) configuración de relaciones objetivas entre posiciones” (Castro, 2011, p. 133), dichas posiciones tienen expresiones materiales a partir de las relaciones que

guardan entre sí. Relaciones que se encuentran formadas a partir de una lógica jerárquica la cual:

(...) está formado por el conjunto de organizaciones, instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello (Castro, 2014b, p. 342)

De esta forma el campo entretiene una serie de complejas relaciones en las que intervienen una multiplicidad de elementos que transitan desde farmacéuticas hasta las propias facultades o escuelas de medicina, quienes por medio de este campo se encargan de construir una subjetividad específica en las personas, conformando en ellas una serie de *predisposiciones*, las cuales son la *incorporación* de las *estructuras objetivas* (Castro, 2011; Castro, 2014a; Castro, 2014b). Este *habitus médico* conformará en los estudiantes un *sentido común* que posibilitará, no sólo la asimilación de las premisas del campo, sino que además les otorgará un sentido de validez lógica. De esta forma el:

(...) *habitus médico* es el conjunto de predisposiciones *incorporadas* -esto es, que teniendo una génesis social y material específica han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales- que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano. El *habitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquella (Castro, 2011; p.136; cursivas en el original).

Debemos resaltar que, la finalidad del campo médico es garantizar su predominio de la arena epistemológica, dejando en un segundo plano cualquier otra expresión

de conocimiento referido a los cuerpos, a la salud y a la enfermedad derivado de saberes paramédicos o de los mismos usuarios de salud (Castro & Erviti, 2009). Esta pugna por el predominio busca “(...) imponer los esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación y evaluación de los diversos actores del campo” (Castro, 2011, p. 135), lo cual, si tenemos en consideración el apartado previo, permite comprender la construcción de un campo en el que se manifiesta una *alianza epistémica* entre el saber médico con premisas de género constituidas desde una visión masculina hegemónica.

La construcción de una identidad diferenciada, basada en una noción de “otredad”, presupone una noción fundante de la identidad médica, la cual adquiere la facultad no sólo de distanciarse de dicha otredad, sino que, además, puede definirla, catalogarla, “tratarla” a partir de su aparente sentido de objetividad (López Sánchez, 1998; Green, 2008; Castro & Erviti, 2009; Castro, 2011).

Esta identidad médica comienza a conformarse a partir de los años de escuela, dentro de los cuales la diferencia entre el personal médico y los demás profesionales de la salud atiende a una serie de elementos constitutivos basados en cuatro ejes: a) los aprendizajes sobre la *imagen profesional*; b) los aprendizajes sobre la *identificación* y la *diferencia social*; c) los aprendizajes sobre *los castigos* y el *disciplinamiento corporal*; y por último d) el *disciplinamiento de género*; elementos que han sido construidos culturalmente pero que, en las aulas adquieren un sentido socializante en la conformación de la identidad profesional.

El primer punto referente a la conformación de un *habitus médico*, y la subsecuente consolidación de una identidad profesional ha sido abordada por una multiplicidad de estudios (Vigarelló, 2006; Castro & Erviti, 2009; Castro, 2014a; Solís-Mendoza, 2014) los cuales rescatan el papel de la vestimenta, y su eventual sentido de pulcritud, como elemento socialmente identificable con la medicina. La representación cultural de salud, adquiere de esta forma una expresión tangible,

elaborada en manifestaciones externas, visibles sin mayor esfuerzo, las cuales son fácilmente reconocibles en el cuerpo del personal médico. La apariencia es un *performance* de lo sano, el médico se inviste así bajo las improntas de lo que promueve, haciendo del blanco el emblema distintivo de la facultad monopólica para definir los modelos saludables.

Esta narrativa hecha cuerpo encuentra una implicación vinculativa con el segundo elemento, pues el vestir de blanco confiere un sentido de diferenciación y distinción social (Solís-Mendoza, 2014); posibilita un reconocimiento social y confiere un estatus distinto, aún dentro de las mismas facultades y/o escuelas de medicina. La *distinción* confiere una serie de prácticas sociales que, al mismo tiempo que le conforman, son resultado de ella (Bourdieu, 1998), es así, como dentro de los espacios educativos, la socialización hacia el estudiantado médico se realiza refiriéndose a ellos como “doctores”, aún desde los primeros semestres (Castro & Erviti, 2009; Castro, 2011), acción que permite consolidar en ellas y ellos un identidad que refuerza elementos que *distancian* su quehacer como profesionistas “aislados” y cuyas acciones son marcadamente diferentes a “otros” (Solís-Mendoza, 2014).

La diferenciación profesional posibilita una alianza profesional, en la que el posicionamiento de los actores confiere una especie de pacto silencioso, así “(...) entre médicos priva una lealtad profesional que evita que se acusen mutuamente por sus errores y que, por el contrario, facilita el encubrimiento de unos a otros” (Castro, 2011, p. 78), aspecto que confiere a la práctica médica un sentido sectario, encriptado, que puede potenciar las lógicas identitarias reforzadas al asumir una noción de *exclusividad* que, entre otras cosas, cuenta con la peculiaridad de ser un espacio altamente patriarcal (Castro, 2014a, p. 170), cuyas prácticas estipulan el control sobre los cuerpos (tanto propios como ajenos) para la construcción de un saber *objetivo*, alejado de cualquier manifestación subjetiva.

El castigo, en cualquier modalidad, pero principalmente el corporal y afectivo, es realizado cotidianamente dentro de los espacios formadores del futuro personal médico. La pedagogía adquiere un sentido punitivo al plasmar sobre los cuerpos del estudiantado las sanciones por “haber fallado” en cualquier sentido. Los estudios respecto a la práctica médica rescatan testimonios de abuso corporal en instancias de formación dentro de los hospitales (tales como las de los internos de pregrado o la de los residentes que se encuentran estudiando una especialidad) (Castro, 2011; Castro, 2014a), sin embargo, es importante señalar el papel de las prácticas informales dentro de las aulas, en las que se transmiten saberes concordantes con el desempeño profesional esperado. Estas expresiones “no formales” dentro del currículum profesional han demostrado tener una enorme influencia en la conformación de la identidad profesional, elementos que reproducen lógicas morales, basadas en premisas patriarcales (Solís-Mendoza, 2014), en las que el hecho de ser varón-médico encarna una lógica identitaria cercana a la deificación.

Estos elementos morales no sólo conforman la identidad de los profesionistas de la salud, sino que, de igual manera, confieren un sentido de exclusión tanto a las mujeres como a aquellas personas que no se ajustan a elementos morales heredados desde sistemas interactivos previos. El papel del *currículum oculto* en la transmisión de modelos particulares de interacción es de gran importancia en la transmisión de esquemas interpretativos respecto, no solo a la salud-enfermedad sino, a modelos de “deber-ser”.

Esta práctica oculta de transmisión de saberes enseña que existen áreas específicas para el quehacer masculino y otras diferentes (y distantes) para el quehacer femenino (Erviti Erice, 2013), lógica que es refirmada a partir de una mirada generizada en la que el cuerpo dota de certeza dicho argumento. Las mujeres, y cualquier otra manifestación de otredad, adquiere así un sentido de exclusión y desigualdad, aún dentro de las mismas lógicas de socialización de la profesionalización.



De esta forma las y los médicos aprenden a distinguirse como personas que aprenden con base en el dolor, en el control emocional, en una especie de *emancipación sensorio-corporal*; adquieren, de forma paulatina, un modelo partenalista respecto a la ciencia en la que las visiones-experiencias de las otras personas, aún respecto a su propio cuerpo y sentires, debe ser menoscabado; asimilan que el cuerpo es un objeto que deber ser manipulado para lograr alcanzar determinados fines; y, por último adquieren un sentido particular del quehacer en el que el desempeño médico les ubica en espacios privilegiados en los que las lógicas de género encuentran un testimonio similar, ajustado desde las lógicas del quehacer científico.

### 3.3 La transparencia de una alianza epistémica: la medicina frente a las emociones, las expresiones sexuales y los cuerpos.

La medicina ha adquirido un sentido exclusivo en la capacidad de determinación respecto a la definición de la salud, la cual es asequible a partir del cuerpo. Las corporalidades adquieren un sentido imprescindible del quehacer médico, se transforman en la *materia prima* para el desempeño profesional de la medicina. Así, los cuerpos, como lo he expresado, adquieren una noción objetivada, en la que únicamente adquieren sentido como “cosas” dispuestas para la observación experta de los médicos.

De esta forma, este dispositivo de poder-saber, que es la medicina, confiere al cuerpo características, le clasifica, le administra, le explora y le explota; siempre como un elemento distante, discordante de la razón, elemento fundante de la disciplina. El desempeño médico se convierte en una heredera legítima de una larga tradición racional que separa la mente del cuerpo, disolviendo cualquier posible vínculo que pudiese existir entre los cuerpos, portavoces de la subjetividad, y la razón, expresada en el quehacer científico, en este caso médico. La construcción del saber no sólo debe distanciarse de cualquier expresión ajena, sino que debe controlarla, con la finalidad de que estas manifestaciones subjetivantes no *contaminen* el quehacer basado en la universalidad objetiva que presupone la ciencia; el cuerpo se convierte en una de saber *prohibida* para un quehacer altamente masculinizado, es decir, el cuerpo sólo servirá como un conjunto de síntomas a disposición del *ojo experto* que le es ajeno (Gomes & Couto, 2014).

Es así como podría aseverar que el cuerpo, desde la medicina como dispositivo, es *feminizado* (Kimmel, s.f.; Serret, 2011), al conferírsele un sentido distante, pero sobre todo diferenciado, uno *no* es un cuerpo, uno *tiene un* cuerpo, uno *dispone* de un cuerpo y por ende puede manipularle de las maneras más abigarradas. El cuerpo no cuenta con ninguna facultad para comunicar nada, sino que, al igual que con la figura de “La Mujer”, debe ser aprehendido, descifrado, develado. Por esta razón, tanto La Mujer como El Cuerpo mantienen ocultos elementos de basta riqueza debe

ser descryptada por medio de la razón. Este trabalenguas (impuesto al cuerpo) debe pasar por el *filtro experto* de un médico, el cual hace asequible los significados codificados en el cuerpo a partir de las lógicas de la modernidad. El cuerpo se conceptualiza como un conjunto de síntomas cuyo enigma debe ser desvelado, aclarado; pues por sí mismo, es incapaz de revelar nada (Castro, 2011).

Si hablar de cuerpos en el quehacer médico implica una posición activa frente a un objeto que se percibe pasivo, hablar de emociones dentro del campo médico no sólo constituye un atentado contra un modelo *hiperracionalista* de lectura de la realidad, sino que además constituye una paradoja que es tratada de explicar constantemente. Constituye una paradoja en el sentido de que la medicina se construye, en gran medida y a partir de los imaginarios sociales, como una regulación y un monitoreo constante y punitivo a las emociones tanto de sus profesionistas como de los/as usuarios/as (Castro, 2014b; Gomes & Couto, 2014), lo cual no implica que éstas no se encuentren presentes.

Es aquí donde la paradoja se hace visible, las personas (con)tienen y expresan afectos como respuesta ante los estímulos con los cuales interactúan en su desenvolvimiento diario, algo de lo que nadie nos encontramos exentos, sin embargo, la medicina ha tratado de desestimar estas manifestaciones como elementos presentes en los profesionistas de la salud al considerarse como elementos que “atentan” contra la objetividad disciplinaria. La negación de las emociones ha sido un elemento constitutivo del quehacer dentro del campo de la salud (Pineda Galán, 2012), algo que se entrena desde los años de formación: parte de ser médico implica un control emocional/corporal (Casas Patiño, et al., 2013; Castro, 2014a).

Tanto el cuerpo como las emociones adquieren un papel utilitario para la medicina, elementos que no conforman parte prioritaria de su formación como disciplina, aspecto que ha permitido la elaboración de un *modelo paternalista*<sup>18</sup> del quehacer

---

<sup>18</sup> Me refiero a un *modelo paternalista* de la labor profesional médica como aquél en el que la interacción profesional-usuario es diametralmente desigual, esta relación implica una reproducción de las lógicas de poder adquiridas durante la formación profesional, y que tienden a anular la opinión o experiencia de las propias personas usuarias de servicios para la salud. Este modelo se caracteriza por un nulo reconocimiento

médico, el cual puede llegar, incluso, a invisibilizar las experiencias y los sentires de las/os usuarios de los servicios médicos (Gomes & Couto, 2014) ante una presuposición de que el *sentir* les impide acceder a un conocimiento objetivo, dotando de un sentido subalterno, sometido a un saber científico capaz de desentrañar los enigmas que el cuerpo oculta, incluso a la misma persona que le *posee* (Castro, 2000). El cuerpo y las emociones no adquieren un sentido primado en el quehacer de la medicina, sino a partir de su traducción en términos profesionales.

La medicina expresa un sentido moral de realizar sus postulados. Una moral diseñada desde la visión de quienes han podido apropiarse de los conocimientos y por ende cuentan con la facultad de hacer pasar como objetivos postulados que son conferidos desde la subjetividad sexista. Así, las manifestaciones medicas han conferido a las nociones de “lo diferente” un criterio clasificatorio que debe ser regulado (Foucault, 2014), estudiado y atendido-erradicado; es por medio de la ciencia, y específicamente en el discurso médico, que las lógicas sexistas encuentran transparentadas las nociones elaboradas desde un campo de género injusto ¿o? desigual, de esta forma la medicina no sólo construye nuevos sujetos-padecimientos, sino en esta creación reafirma las nociones sexistas en las que los cuerpos, los deseos, las emociones, la homosexualidad y todo aquello que sea equiparado con *lo femenino* no sólo adquiere un matiz de “extraño” sino que es patologizado.

Los cuerpos, los deseos, las emociones y las sexualidades sólo son de interés para explicar, certificar, avalar, atender la lógica masculina. La apropiación de la otredad construida es, primariamente, una acción que busca afianzar la lógica de lo masculino (Serret, 2011). Lo “diferente” es *útil* solo en la medida que satisface las necesidades masculinas, corporalizadas en personas o en quehaceres científicos.

---

de la condición de *ciudadanía* dentro de los servicios de salud (Castro, 2000; Castro & Erviti, 2009; Castro & Erviti, 2015)

#### 4 La sexualidad, la intimidad y el erotismo en los tiempos del riesgo.

El cauce de las acciones realizadas a lo largo de los últimos cincuenta años, sin lugar a duda, ha sido sobrecogedor en comparación con los acontecimientos precedentes. Una explosión tecnológica y científica, enormes avances en la salud y un aparente acceso universalizado a bienes y servicios, una longevidad mucho más grande y estándares en la calidad de vida que anteriormente sólo podían ser imaginados. La modernidad actual<sup>19</sup> se ha caracterizado por un proceso paradójico en el que, ante una enorme cantidad de avances en diversos campos, producto de un sistema de pensamiento basado en un modelo científico-positivista (mayoritariamente), estos avances se han presentado en simultaneo a una mayor percepción de riesgo y contingencia pues, en palabras de Alfie y Méndez (2000): “(...) el mayor conocimiento, la mayor reflexión, no garantiza el control total de los efectos y peligros a los que hoy estamos expuestos”, la modernidad tardía, como también se ha llamado, ha hecho patente las propias contradicciones de su sistema de pensamiento, en el que una mayor condición de pensamiento ha dado como resultado una condición percibida de mayor riesgo.

Las certezas universales comienzan a desaparecer, resultado de la propia dinámica reflexiva de la modernidad, se comienzan a expresar tendencias que particularizan y relativizan las manifestaciones totales de la modernidad, de esta forma el control *externo* de las manifestaciones naturales, y sus potenciales peligros, pasan a ser elementos característicos de una *interioridad* en los sujetos devenidos individualidades (Beck, 1998). De esta forma las *narrativas canónicas* se desmantelan para diversificar las aristas de la realidad, otorgan una gama de matices múltiples (Shootter, 2001), que, sin embargo, no alcanzan a apaciguar las inquietudes respecto a la(s) realidad(es) y sus componentes interactivos. Es así como “En contra de todo universalismo que construya certezas, se hablará de

---

<sup>19</sup> Considero que los términos *hipermodernidad* (Lipovetsky, 2006), *modernidad líquida* (Bauman, 2004), *modernidad reflexiva* (Giddens, 1993) y *postmodernidad* (Lyotard, 1987), si bien cuentan con bastas diferencias teóricas atienden a una misma necesidad explicativa por comprender los elementos imperantes de la situación social actual.

verdades que contienen a la duda” (Alfie & Méndez, 2000, p. 183), nada está escrito de forma indeleble, y las verdades son, ahora claramente visible, producto de relaciones de poder.

Como he expresado anteriormente, las corporalidades, los afectos, los deseos y, en suma, la sexualidad y el erotismo han sido elementos constitutivos para la conformación del quehacer médico. Así, las nociones de la modernidad no han sido ajenas a la sexualidad, ésta ha sido objeto de una (re)construcción constante por parte de los dispositivos de poder-saber (Foucault, 2014), la cual ha adquirido una multiplicidad de sentidos a partir de las épocas y de las relaciones políticas que ¿se? circunscriben alrededor de ella (Laqueur, 1994), lo cual implica que el *riesgo* ha pasado a constituir un elemento conferido al erotismo, a la intimidad y a las prácticas sexuales.

La sexualidad ha adquirido un sentido desvinculado a la reproductividad, dando origen a una multiplicidad de prácticas en las que el placer se encuentra desvinculado de la reproductividad, aunado a que dichas prácticas han adquirido un papel importante en la conformación de elementos identitarios (Foucault, 2014; Giddens, 1998). La sexualidad ha pasado de ser un elemento biológico elaborado desde las nociones médicas a adquirir un componente lúdico visible en las sociedades modernas (Weeks, 1998). La sexualidad adquiere un sentido expresivo mayor, algo que podríamos denominar *sexualidad plástica* (Giddens, 1998, p. 12), en la que el placer adquiere un sentido reivindicativo y se comienza a matizar una serie de nociones sexualmente hegemónicas. Sin embargo, esta plasticidad sexual no ha desarrollado sus potencialidades sin presentar una serie de resistencias por parte de los esquemas interpretativos de la masculinidad hegemónica.

Las prácticas sexuales se diversifican, lo cual no implica que modifiquen los esquemas interpretativos de la sexualidad. En este sentido, se aplaude la liberación sexual femenina, siempre y cuando ésta atienda a las necesidades masculinas (Giddens, 1998) y se sanciona aquellas que no sean percibidas como satisfactorias

de dichos impulsos (Rich, 1996). Se alaba e incita la *sexualidad masculina fálica*, centrada en la penetración y la posesión de los cuerpos-otros. En esta misma tesitura las manifestaciones sexuales-otras<sup>20</sup> son aplaudidas mientras sirvan para enaltecer y decorar el deseo y la práctica sexual heterosexuada; de esta forma se sanciona la sexualidad femenina que se ejerce *sin la tutela masculina*, se sospecha de la práctica y la experiencia que ellas puedan contar pues ello confiere un sentido de *promiscuidad* (Trueba Lara, 2007), lógica que no aplica para los ejercicios masculinos en el campo sexual.

Así, la sexualidad masculinizada espera de los varones una serie de acciones compulsivas en las que, los cuerpos-afectos-deseos femeninos (o, mejor dicho feminizados) adquieren un sentido cosificado, se les posee con la finalidad de elevar el estatus del hombre que ha logrado “dicha hazaña” (Badinter, 1993), es así como una de las mayores valías masculinas, en la lógica hegemónica del género, consiste en tener más relaciones sexuales. El hombre adquiere un sentido social al realizar más conquistas sexuales, mientras que la mujer demerita su posición dentro de la interacción social al ejecutar la misma acción (Giddens, 1998; Trueba Lara, 2007).

De esta forma, la sexualidad adquiere significancias a partir de modelos masculinos-heterosexuales, que confieren un sentido de mitificación a las prácticas sexuales diversas. Estas prácticas adquieren un sentido de incógnita otredad que deben ser analizadas, pero además temidas. Podremos hablar de una expresión traslucida del poder en el campo sexual al evidenciar una aparente “naturalidad” de las prácticas heterosexuales, la cuales cuentan con el amparo de la práctica médica, que puede sancionar y reprimir aquellas manifestaciones no ajustadas a los deseos heterosexuales (Tuñón & Eroza, 2001; Nuñez Noriega, 2015).

Ahora bien, ¿Qué relación puede existir entre una sociedad de riesgo cada vez más perceptible y las dinámicas sexuales estructuradas desde la heteronorma? Podríamos hablar de una relación en dos momentos, en una primera instancia

---

<sup>20</sup> Aquellas que no corresponden al correlato del imaginado varón blanco heterosexual.

abordaríamos al riesgo como un componente de la identidad masculina, la cual logra compaginar con el deseo compulsivo por establecer una mayor cantidad de relaciones sexuales cuya finalidad es contar con el aprecio de otros hombres, quienes avalarán la *calidad viril* de dicho hombre. Esta práctica compulsiva, como han demostrado algunas autoras, implica muchas acciones poco reflexivas en las que el ejercicio sexual se realiza fuera de toda noción de cuidado (Amuchástegui, 2007; Ayús & Tuñón, 2007), se *expone* al cuerpo con la finalidad de obtener un “bien sexual”. Esta acción satisface dos mandatos hegemónicos: se manipulan dos cuerpos, el propio y el ajeno, al primero se le expone a un potencial riesgo, lo cual confiere un sentido de no temor, mientras que al segundo se le dispone como logro para la satisfacción del deseo. La relación sujeto-objeto se alcanza en estos dos planos.

El riesgo, interpretado en el campo sexual, adquiere su segundo elemento a partir de una noción diferenciada, en la que las infecciones sexuales son identificadas con grupos socialmente marginados, de esta forma puede reafirmarse un papel moral expresado desde las lógicas médicas (Parrini & Hernández, 2012); así lo sexualmente “diferente” es percibido como posible foco de infecciones, razón por la cual debe ser alejado, temido, estigmatizado. Una noción que puede verse al abordar el fenómeno del VIH o del SIDA, el cual fue reconocido como estrechamente vinculado con la diversidad sexual, algo que, hasta la fecha, sigue siendo visible en los manuales respecto a la prevención, detección y atención de estos padecimientos.



#### 4.1 “Ese árbol está miado”.<sup>21</sup> La lógica-dominación masculina en el campo sexual.

La sexualidad ha sido definida a partir de una mirada masculina que se ha construido como un discurso *objetivo* e imparcial a partir del dispositivo médico. En este sentido la sexualidad se ha construido como un elemento exclusivo para la satisfacción de necesidades masculinas, un campo en el que el erotismo de los cuerpos masculinos constituye un elemento que no sólo es visibilizado como extraño, sino imposible de compaginar (Domínguez Ruvalcaba, 2013). Es por esta razón que no parece extraño cuando los grandes modelos teóricos se elaboraron para explicar la sexualidad de “los otros” (Foucault, 2014), construyendo sujetos distantes y “claramente” diferenciables de un modelo de salud sexual construido desde una visión masculina. Lo masculino, en este caso la sexualidad del varón hegemónico constituirá el parámetro para diferenciar lo “sano” de lo “malsano”, lo “normal” de lo “desviado”.

El pene se convertirá en falo dentro del campo específico de la sexualidad. La genitalidad masculina se convierte en el referente para la consolidación de modelos aceptables para el ejercicio erótico (Giddens, 1998, p. 111), los cuerpos-otros y deseos-otros se convierten en utensilios a disposición de los placeres masculinos. Esta expresión utilitarista de los cuerpos confiere un sentido cada vez más desvinculado de las emociones, se busca una alta intensidad sexual a costa de un poco o nulo contacto afectivo.

De esta manera la sexualidad adquiere una relación ambivalente con el poder, pues éste se convierte en un elemento estrechamente relacionado con modelos específicos de erotización. Como lo han expresado algunas investigaciones

---

<sup>21</sup> Esta expresión fue expresada por Martín de 25 años del H2. Durante la entrevista hablaba sobre una especie de “derecho” sobre las internas que se establecía de forma *implícita* y que determinaba que al personal médico de mayor rango que le agradara dicha interna *tenía el derecho de ligarla*: “(...) pues es como con las internas, si a un residente le gusta alguna ya te chingaste, porque él por mayor estatus tiene como el *derecho* de invitarla a salir, porque si no capaz que te hacen la vida imposible. Es como si fueran una especie de lobos o perros, agarran y marcan terreno, entonces ya sabes que *ese árbol ya está miado*, mejor buscas otro”.

(Giddens, 1998; Domínguez Ruvalcaba, 2013) los cuerpos “extraños” son temidos al mismo tiempo que son deseados. La extrañeza conferida a las corporalidades-otras deben ser sometida por medio del pene, de esta manera Giddens expresa de forma clara la ambivalencia de la sexualidad masculina al decir que:

En el caso del chico, en el área de la sexualidad, el falo se convierte en un significativo de capacidad ambivalente para dominar a las mujeres, Cuanto más se identifica el falo con el pene, sin embargo, más debe ser “más experimentado” éste en encuentros, episódicos que combinan riesgo y placer (1998; p.118)

Esta afirmación permite constatar que el pene adquiere una lógica utilitaria, a partir de la cual se la emplea para “controlar” a las personas asociadas con lo femenino. Por esta razón la penetración adquiere un sentido tan preponderante en la construcción de la identidad masculina (Rodríguez Martínez, 2007), la cual adquiere valor al controlar a otro, aún a costa de disponer del propio cuerpo, de esta manera Seidler (en Rodríguez Martínez, 2007) detalla cómo el poder adquiere un sentido importantísimo en la construcción de dos campos interrelacionados: el del género y la sexualidad. De esta forma, de acuerdo al autor, y a través de la socialización “Nosotros aprendemos a ver la sexualidad en términos de poder y conquista” (p. 348).

De esta forma la subjetividad masculina adquiere matices claros en el campo de la sexualidad a partir de un ajuste a las demandas culturales elaboradas respecto a “lo masculino”. Los varones adquieren sentido a partir de las experiencias sexuales que pueden *recolectar*, en las que el plano lúdico de la sexualidad no tiene interés; se busca una cantidad, no una calidad en las relaciones sexuales. Más relaciones sexuales implican un mayor sentido de afirmación respecto al varón frente a sus pares. Es así como se construye un modelo en el que:

(...) un hombre tenga que ser proveedor, *detentar el poder*, no ser sentimental sino solamente racional, *tener disposición permanente*, incluso

*incontrolable, para cualquier actividad sexual, tener el control de la iniciativa y el cortejo para un encuentro sexual, tomar riesgos y enfrentarlos, así como estar en permanente competencia para demostrar virilidad y su masculinidad, estar en búsqueda constante de aprobación del resto de los hombres, tener el control sobre ¿los? propio placer y el de otras personas, y, sobre todo, no parecerse al modelo de “mujer” del discurso hegemónico sobre la feminidad (Rodríguez Martínez, 2007; p. 377; cursivas mías)*

Los campos de género y de sexualidad (estrechamente vinculados) convergen en mandatos bien específicos: los hombres deben desear, propiciar y consumir los actos sexuales. Adquieren de esta forma el carácter de *sujetos de deseo*, los cuales deben demostrar su carácter agresivo en el plano sexual, disponer de las corporalidades ajenas con la finalidad de que la heterosexualidad (vinculada exclusivamente al acto de penetrar, por ende, de *poseer* a las otredades encarnadas) no sea cuestionada. Poseer un cuerpo, es decir penetrarlo, otorga la certeza de masculinidad heterosexual independientemente de los cuerpos que sean apropiados (L. Ramírez & García Toro, 2002).

Poseer, entonces, no adquiere un sentido mediado, reflexivo; sino que, por el contrario, adquiere un sentido compulsivo de la sexualidad masculina (Bleichmar, 2009): hacerse “hombre” implica una cantidad desmedida de consumo sexual. El riesgo es, entonces, un elemento conformante de la identidad masculina hegemónica en el campo de la sexualidad en el que “(...) el discurso dominante de la sexualidad masculina en donde la consigna es arriesgarse y suponer que a él no le pasará nada porque es hombre, y ser hombre es ser fuerte, invulnerable y arriesgado a jugársela” (Rodríguez Martínez, 2007, p. 383).

El riesgo es proyectado, de esta forma, en las otras personas. La sexualidad masculina es, de esta forma, un control no sólo sobre los cuerpos, sino también, sobre las potencialidades del riesgo; riesgo y sexualidad convergen para construir sentidos específicos de interactuar en la masculinidad, se desea lo prohibido, lo peligroso. De esta manera, el placer es asociado con la posesión de los otros

cuerpos, pero también de la capacidad de *control* sobre la situación, sobre los riesgos (Gutmann, 2007; Rodríguez Martínez, 2007; Seidler, 2007); aspectos que serán encubiertos bajo las lógicas de un amor romantizado (Bosch, 2007), el cual confiere el intercambio sexual como un acto de entrega voluntaria vinculada al amor.

Esta noción de amor, como veremos más adelante, confiere un problema dual, pues mientras que los hombres exigen el uso del condón bajo argumentos que buscan legitimar el no cuidado como una muestra de confianza, sinónimo de amor (Amuchástegui, 2007), a las mujeres se les sanciona socialmente el uso y conocimiento del mismo, pues éste conocimiento implicaría una sobrada experiencia sexual, algo que rompe por completo con el modelo hegemónico de mujer-santa (Ambriz, 2005).

De esta manera los cuerpos se recolectan, por medio de la interacción sexual, al mismo tiempo que pueden ser vulnerados ante la negativa de lógicas de cuidado y protección encubiertas por mitos románticos. Para concluir este apartado me gustaría remarcar, por una última ocasión, algo que he mencionado en párrafos anteriores: el papel de la masculinidad en el campo de la sexualidad y su impronta por *poseer* los cuerpos. Esta lógica por consumir(devorar) sexualmente las corporalidades de otras personas adquieren un correlato con el texto clásico de Rubin (2006) en el que las mujeres se convierten en una moneda de cambio, objetos transitables que confieren valor y prestigio a los varones que las poseen.

La sexualidad femenina es invisibilizada de forma individual, adquiere un sentido de utilidad, y por ende de realidad, a partir de una mirada masculina. El pacto de los hombres se extiende en este plano, en el que un hombre tiene la capacidad socialmente conferida de poseer otras mujeres (Cucchiari, 2015) valiéndose de un supuesto sentido natural por el dominio, sancionando que las mujeres realicen los mismos actos, pues la sexualidad es sólo un medio útil para los fines de la masculinidad, de esta forma los cuerpos femeninos se vuelven una propiedad que no debe ser “mancillada” por otros hombres, en cuyo caso no se atenta contra la

integridad de la mujer como persona, sino de ésta como propiedad de otro hombre. De esta forma los lazos entre varones se realizan a partir del control de los cuerpos femeninos.

## 4.2 El amor romántico y la violencia simbólica, elementos relacionados en la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) condón en México.

Las implicaciones de estos entramados culturales para la salud pueden ser muy altos. La sexualidad, entonces, se convierte en un campo dominado por lógicas de género manufacturadas desde la visión masculina, bajo la cual, el cuidado no atiende necesariamente a una prioridad. Es así, como veremos que el uso del condón, de acuerdo con múltiples investigaciones (Amuchástegui, 2007; Parrini & Hernández, 2012), ha ido adquiriendo un sentido completamente masculino, en el que su uso es (o al menos debe ser) área de pericia únicamente de los varones. El uso del condón es asimilado, en muchas ocasiones, como el reconocimiento de una vida sexual fuera de la relación afectiva en la que se encuentran las personas (Theodore, et al., 2004) lo cual refuerza los estereotipos de género tradicionales en los cuales la sexualidad de las mujeres se circunscribe únicamente a la esfera de la maternidad obligando a que muchas mujeres releguen la elección del uso de condón a sus parejas.

Hasta el año 2015 ONU-SIDA (2016) reporta una media de doscientas veinte mil personas que han sido diagnosticadas con VIH, de igual manera, esta organización comenta que las edades de la población que viven en dicha condición oscilan mayoritariamente entre los 15 y los 49 años, presentándose mayor número de casos en la población masculina (unas ciento setenta mil personas). De acuerdo con esta organización (UNAIDS, 2016) México también constituye uno de los países con mayor número de diagnósticos positivos nuevos en el último año (alrededor de once mil personas), condición que es compartida por prácticamente toda la región de América Latina y el Caribe.

Es entonces en este punto cuando corroboramos que los condicionantes de género moldeaban tanto los significados como las vivencias en torno a la salud y la sexualidad (Parrini & Hernández, 2012), es decir, el campo de la sexualidad y el

campo de género subvencionan prácticas específicas donde el poder (masculinizado) se plasma sobre las corporalidades deseantes. Dentro de esta convergencia de ambos campos podemos encontrar una manifestación clara de lo que se ha denominado *amor romántico*, una forma idealizada de establecer relaciones afectivas que ha sido denunciada por algunas autoras como expresión “sutil” del machismo, la cual engalana las prácticas de dominación masculina para que estas fueran aceptadas sin mayor resistencia (Bosch, 2007), situación que ha sido abordada por algunos estudios cuando se visibiliza el chantaje emocional como estrategia para la consecución de beneficios de índole sexual (Meraz García, et al., 2012).

La disposición de las relaciones sexuales es, muchas veces, una cuestión que ha resultado de una insistencia sorprendente por parte del hombre, el cual decide cuándo, cómo, dónde han de sostenerse las relaciones sexuales, de esta forma vemos que el uso de preservativos, en particular del condón, adquiere un sentido marcado por las lógicas del amor romántico. La confianza juega un papel fundamental en el uso de del condón, pero, además, adquiere un sentido diferenciador, en el que éste es usado en relaciones consideradas como no personales o poco relevantes para la vida afectiva de los varones (Parrini & Hernández, 2012, p. 35); el condón es el elemento diferenciador en relaciones con mujeres categorizadas como “no decentes” y con mujeres categorizadas como “decentes”. Es así como “después de unos meses con una pareja estable, por lo general, el uso del condón es abandonado” (De Oliveira Arraes, et al., 2013, p. 1270).

Género y sexualidad establecen una lógica particular en el que la masculinidad hegemónica imprime las reglas de interacción. De esta forma podemos ver el ejemplo del riesgo de contraer alguna ITS, VIH en particular; en este caso el riesgo no es percibido a partir del acto, sino de las personas que realizan, de esta forma la vulnerabilidad no radica en el hecho de sostener relaciones sexuales sin protección, sino que, ésta es producto de una forma particular de relacionarse (De Oliveira

Arraes, et al., 2013). El riesgo es un asunto de otredades, no de varones más o menos sujetos al modelo hegemónico heterosexuales.

La sexualidad como campo disciplinar constituye un conglomerado de elementos sociales y culturales que son transmitidos a las personas para regular sus comportamientos sexuales, dicho conglomerado constituye un componente de lo que Foucault (2008) denominó *tecnologías del Yo*, siendo el cuerpo el principal componente para el estudio de este dispositivo. Una de las peculiaridades de dicho dispositivo lo constituye la tipificación de conductas y la subsecuente regulación, en este sentido, la sexualidad, en un primer momento se establece como una forma de *explicar* los comportamientos atípicos y que pudiesen servir como elementos ejemplares del orden social, se parte de una noción biológica que permita comprender la dinámica social (Laqueur, 1990). Es, en este rubro de comprensión social a partir de los elementos orgánicos del cuerpo, que la medicina se enarbola como campo científico que legitima las prácticas sexuales bajo tesis de salud e higiene que empatan muy bien con esquemas sociales que pugnan por un “orden”, dando origen a una visión que escrutina la intimidad de las personas para dictaminar componentes conductuales específicos regulando las expresiones del placer corporal (Foucault, 2014; Foucault, 2008; Laqueur, 1990; Fausto Sterling, 2006).

La composición de los cuerpos y los deseos, elaborados desde una cosmovisión masculinista hegemónica, encuentran en la(s) disciplina(s) médica(s) una confirmación basada en el *hecho científico*, el cual dota a las lógicas del “orden” sexo-genérico de una certeza basada en un sentido aparente de objetividad, imparcialidad, universalidad constituidas desde las premisas del saber científico.



## 5. Marco metodológico. Unidad de análisis y Unidad de estudio.

La configuración de las unidades de análisis y las unidades de estudio se desarrolló a partir de un abordaje basado en las premisas de *campo/habitus/práctica* desarrolladas desde la teoría de Bourdieu, para la selección y delimitación del espacio de interacción que se pretende abordar, en este sentido se ha definido como unidad de estudio tres hospitales públicos de la ciudad de Pachuca de Soto Hidalgo; por considerarse el campo emblemático de la disciplina médica y por ser el espacio en el que los estudiantes ya han pasado por un proceso de socialización que permite la incorporación de un *habitus* profesional médico (elemento constitutivo de una identidad profesional) mucho más definido. Esta definición espacial atiende a una selección intencional y que parte del contacto con determinados informantes que pueden facilitar la adquisición de información.

Se ha definido como unidad de análisis a los estudiantes de medicina de pregrado, también identificados como Médicos Internistas de Pregrado. Esta medida atiende a la premisa del proceso de socialización por el que han pasado para la conformación de una identidad profesional determinada y en la que, aún no cuentan con una categoría de médicos titulados pero tampoco son considerados como estudiantes dentro de la institución formativa, si bien se encuentran en un espacio de socialización profesional en el que interactúan con una gama más amplia de profesionistas, sus modelos de interacción atienden a un mayor grado de prestigio en la jerarquía del sistema hospitalario en comparación con los estudiantes de la licenciatura al mismo tiempo que se encuentran en el nivel más bajo dentro del escalafón profesional (en el que se encuentran los médicos residentes y adscritos).

La estrategia de investigación se plantea a partir de la implementación de dos técnicas de investigación cualitativas que buscan, por un lado, rescatar las experiencias y vivencias de los informantes, estableciendo una relación directa entre su acontecer como entidades sexuadas profesionalizadas y el establecimiento de relaciones erótico-afectivas en el marco de un espacio hospitalario, al tiempo que

se pretende reconstruir los procesos de significación e interpretación a nivel *colectivo* de los informantes en relación a la sexualidad, las nociones de género y la identidad profesional como médicos en formación.

## 5.1 Atributos de los informantes.

Puesto que uno de los elementos más importantes para la construcción de esta investigación es el análisis de una identidad de género basada en el modelo de la masculinidad hegemónica, se contemplaron como características prioritarias de los informantes que sean hombres, cuya orientación sexual o identidad de género no tiene relevancia para el abordaje que pretende realizar la investigación, pues como lo han mencionado algunos autores (Nuñez Noriega, 2015) dichos elementos, no necesariamente corresponden a oposiciones de fondo a los mandatos del “deber ser” masculino hegemónico, en suma se trata de elaborar un mapeo que permita rastrear estas manifestaciones hegemónicas, incluso en relaciones no heterosexuales. Esta omisión voluntaria puede verse de forma clara en los formatos de recolección de datos, en los cuales no se solicita información referente a la orientación erótico-afectiva de los participantes. Otra de las características que se contemplaron es que estos estudiantes hayan cursado la licenciatura en medicina y que se encuentren en la condición de Médicos Internos de Pregrado dentro de hospitales públicos de la ciudad de Pachuca.

La selección de estos atributos atiende a una lógica según la cual los estudiantes que ingresan a un hospital se desempeñan, por una parte, en el campo *emblemático* de la profesión: un hospital; y lo hacen, sin embargo en una posición ambivalente dentro de la jerarquía hospitalaria, pues al mismo tiempo que cuentan con un estatus menor a la de otros miembros de la profesión como lo pueden ser los especialistas o los residentes, su condición de “*no-alumnos*”<sup>22</sup> les otorga un peldaño por encima de los estudiantes universitarios que pudiesen encontrarse en los hospitales en esos momentos. Por otro lado, estos estudiantes fueron seleccionados debido a que la trayectoria académica que han realizado presupone una conformación de un *habitus* profesional bastante más definido que en los años

---

<sup>22</sup> Hago referencia a “*no-alumnos*” como una categoría que permita dar cuenta de la condición en la que se encuentran, la cual carece de un estatus como “alumnos en curso”, percibiéndose más como egresados, aunque sin ser presentados como profesionistas. Una condición bastante peculiar que, a mi parecer, les posiciona en una especie de limbo institucional.

previos a su ingreso en calidad de MIP. Como es de esperarse esta selección intencional descartó a los médicos titulados o que se encuentran realizando su residencia<sup>23</sup> por considerar que esa condición atiende a una lógica diferente, lo cual no implica que sea carente de interés sociológico, pero implicaría diseños metodológicos distintos a los implementados en este estudio.

Resultado de lo anterior fue la participación de un total de once participantes pertenecientes a los tres hospitales públicos de la ciudad. La edad de los participantes osciló entre los veintidós y los veintisiete años. De igual forma cabe señalar que el área en la cual se encontraban rotando al momento de la recolección de la información fue variada, sin embargo, y a petición de los informantes, se omiten los datos de la misma<sup>24</sup>, mencionando sólo en los casos extraordinariamente necesarios.

Con la finalidad de esclarecer la elección de las técnicas que conformaron la estrategia metodológica de esta investigación, a continuación, realizo un breve (muy breve) bosquejo teórico-metodológico de las técnicas para después explorar la manera en que se construyeron los instrumentos y la lógica que subyace en el análisis de los mismos, concluyendo con los resultados encontrados.

---

23 La condición de Médico Residente es aquella en la que las /os estudiantes ya son egresadas/os de la licenciatura en medicina y se encuentran realizando estudios de especialidad dentro de algún hospital y se encuentran organizados a partir de la impronta del tiempo que lleven realizando sus estudios, así R1 corresponde al residente recién ingresado, R2 a quién lleve dos años de formación y así sucesivamente.

<sup>24</sup> Una de las inquietudes que más frecuentemente expresaban los informantes atendía a la necesidad de preservar por todos los medios posibles su anonimato, ello derivado de un miedo a que "(...) nadie se enterara porque si no luego" o no "(...) vayan a existir represalias después (...)" como lo expresaron algunos entrevistados, razón por la cual se acordó no mencionar las áreas de rotación salvo en contados casos que fuera extremadamente necesario para contextualizar el contenido de lo vertido. Esta razón es la misma por la que el nombre de los hospitales en los que se encontraban rotando no se mencionen, sino que solo sean identificados como H1, H2 y H3. Es interesante constatar de qué manera el proceso de conformación identitaria (tan jerárquicamente elaborada) en el campo médico puede traspalarse a otros campos, estas manifestaciones de *miedo-paranoia* fueron elementos bastante recurrentes, pues sólo en algunos casos se permitió la grabación de las entrevistas (y cuando se realizó no siempre fue en entrevistas completas), los encuentros siempre se hacían en lugares poco concurridos de la ciudad de Pachuca o en horarios donde hubiera poca concurrencia, llegando incluso al extremo de realizarse durante la madrugada, es interesante constatar como estas estrategias solicitadas/implementadas por los informantes tienen un fuerte sentido de "salvaguardar su integridad", si bien no necesariamente en el plano de la realidad, si en un ámbito psicológico.

## 5.2 Redes semánticas.

### 5.2.1 Aspectos Teóricos

Las redes semánticas constituyen una técnica de investigación privilegiada pues, como han demostrado algunos autores (Vera Noriega, et al., 2005; Vera Noriega, 2005; Vargas-Garduño, et al., 2014; Reyes-Lagunes, 1992) posibilita la aproximación a *saberes* de índole *colectivos* expresados a través del sujeto, en otras palabras, las redes semánticas posibilitan el acceso a información vinculatoria entre el sujeto y el grupo, en un primer plano, y entre este binomio con aspectos culturales. Dichos elementos no siempre se contemplan como interrelacionados en otras técnicas de investigación.

Esta técnica trata de indagar dentro de la cognición humana en dos niveles: por un lado, el de los procesos de construcción semántica, es decir, como las personas vinculamos conceptos entre sí a partir de la semejanza conceptual que atribuimos a las palabras y; en segundo lugar, a la memoria, la cual articula todo un cúmulo de conocimientos (individuales-colectivos-culturales) a partir de estímulos verbales presentados por la técnica. Dicho escudriño no contempla la información proporcionada de forma aislada como datos relevantes por sí mismos, sino que presentan la posibilidad de rastrear la conformación de *estructuras sociales objetivas* a partir de las asignaciones realizadas por las personas como integrantes de grupos bien identificados. En este sentido las redes semánticas, como técnica de investigación parte de las expresiones individuales para la elaboración de planos socioculturales, esta acción se realiza a partir de la noción que contempla a las personas como resultado de una serie de procesos culturales, los cuales les permiten asimilar y asumir elementos sociales como propios, por ende, incuestionables (Valdez Medina, 2000). Las redes semánticas exploran el *sentido común* que subyace en las expresiones individuales y que encuentran un correlato en las manifestaciones social y culturalmente mediadas, se parte de una concepción en el que lo individual no existe sino por y desde lo social.

Pues bien, como Vargas Garduño (2014) lo ha expresado, las redes semánticas constituyen una técnica de índole *reconstructivo* en el que se busca excitar la memoria por medio de determinados estímulos verbales para poder acceder a niveles de conceptualización altamente relacionados con procesos sociales tal como podría ser la conformación de un *habitus profesional*, en este sentido los trabajos metodológicos sobre la técnica detallan el papel del lenguaje como herramienta desencadenante y vinculante de los elementos sociales *in-corporados* en las personas, los cuales posibilitan la interacción de estas personas con la realidad circundante. La vinculación de los conocimientos colectivos y los intentos realizados por las personas para descifrar la inmensa cantidad de estímulos se aloja en algo que se ha llamado *memoria semántica* (Vera Noriega, 2005), la cual debe ser comprendida como grupos de símbolos asociados entre sí de forma simple estructurados jerárquicamente por medio de relaciones asociativas y que son facilitados (otorgados) por agentes socializadores especializados dentro de los espacios de socialización en los que se insertan los sujetos. Son precisamente estas relaciones grupales las que otorgan *significado* a las interacciones sociales.

Siguiendo esta idea referente a la conformación de significados Reyes-Lagunes (1992) manifiesta de forma clara la utilidad de la técnica al mencionar que “el significado, consecuentemente, es el resultado de un proceso *reconstructivo* de información en la memoria, la cual nos da el conocimiento de *significado*” (cursivas mías). Así mismo, el papel del lenguaje ha sido mencionado como un elemento de gran utilidad para el acercamiento a las estructuras cognitivas<sup>25</sup>, lo cual no implica la reducción de la posibilidad metodológica de las redes semánticas a elementos meramente psicológicos individuales, sino que, por el contrario, el aprendizaje

---

<sup>25</sup> Chomsky (Vargas-Garduño, et al., 2014) ha señalado la importancia en la siguiente forma: “a través del lenguaje es posible conocer y comprender muchos de los procesos mentales, puesto que existe una íntima relación del lenguaje, tanto con el pensamiento como con la percepción y el aprendizaje”, en este mismo tenor de ideas es importante retomar las aportaciones teóricas realizadas desde el modelo teórico de “el giro lingüístico” en psicología social, el cual contempla que el lenguaje se encuentra relacionado de forma dialéctica con modelos sociales de actuar que a su vez propician formas particulares de subjetividad (Bruner, 1995; Shotter, 2001).

(entendido como proceso socializador) constituye la posibilidad de rastrear dicha estructuración a determinados grupos en los cuales se inserta la persona (Vera Noriega, 2005). Hablamos aquí de una conceptualización dialéctica realizada por la persona: una representación hecha por ella, lo cual implica una apropiación del estímulo hasta dotarle de un *sentido*, y la asignación de éste a partir de esquemas cognitivos almacenados en la memoria, producto de relaciones sociales que le proporcionan referentes de significación *hacia afuera* al mismo tiempo que *hacia adentro*.

Ahora bien, es precisamente esta área de vinculación entre lo grupal y lo individual en la que se centra esta investigación por ser un elemento clave en constitución de una *identidad*. Vera Noriega (2005) aborda la configuración de la identidad como un proceso que “(...) supone una identidad individual y la social donde los componentes psíquicos y sociales se estructuran armónicamente. Esta estructuración recíproca se da al integrarse el individuo a los diferentes grupos sociales a la vez que se vuelve autónomo y conforma su identidad”, esta definición supone una utilidad metodológica doble, por una parte al ser una concepción muy próxima a la de *habitus* proporcionada por Castro, retomando los trabajos de Bourdieu (Castro & Erviti, 2015), por la otra al explicitar el papel indagatorio de las estructuras sociales a través de las expresiones de los sujetos construidos de forma dialéctica y dinámica desde los grupos en los cuales se inserten, lo cual posibilita vislumbrar el carácter dinámico de la identidad, la cual se (re)construye integrando elementos nuevos desde la perspectiva de los *campos* en los que se desarrolle la lógica grupal.

Comprender el papel de la relación entre individuo y grupo (insertos en un *campo*) permite esclarecer la practicidad de la técnica al momento de abordar la identidad, pues como lo han mencionado algunos/as autores/as (Hernández Loya, 1998; Aguilera Arévalo, 2010; Collipal Larré, 2002) al cuestionar o interrogar sobre algunos gustos, perspectivas, actitudes o acciones vinculadas a las personas, aunque no necesariamente de forma directa, no se está indagando solamente sobre estos elementos como aspectos ajenos o externos, sino que se está, de alguna forma,

teniendo contacto con lo que la persona es a través de dichas expresiones sociales, sí misma.

A manera de conclusión, podemos decir que la información que se buscó recabar en este estudio no es del todo accesible a partir de técnicas como las encuestas o los test, pues como lo han demostrado algunas investigaciones previas (Jarillo Soto, et al., 2000; L. Cox, 2004; Robles Montijo, et al., 2006), al abordar temas referentes a la salud y el personal de la salud, en particular los médicos, hablan desde la experiencia profesional. Su *habitus profesional* articula una serie de expresiones lógicas (desde el campo) que posibilitan un distanciamiento entre la vivencia personal y la profesional. Por esta razón se plantea la necesidad de establecer estrategias que partan de una lógica persuasiva en la que las personas puedan sentirse cómodas y evadir de alguna forma la articulación del *habitus médico* como elemento independiente de las vivencias constitutivas como entes sexuados construidos genéricamente, en suma, se trata de indagar la experiencia personal respecto a la sexualidad de los MIPs, no sólo desde el campo médico expresado en discurso sobre la salud y el cuidado que invisibilice su práctica fuera de la lógica profesional, sino desde la articulación de individuo-campo. La propuesta busca comprender de qué formas el *habitus médico* constituye un elemento estructural que reafirma y refuerza determinadas nociones de identidad de género tradicional en los varones MIPs.

La posibilidad de acceder a este punto medio que constituye la lógica *campo-habitus-constitución de sujeto genérico* es posible a partir de las redes semánticas, ello debido a la lógica misma de su formulación que parte de la excitación de los constructos de la memoria a partir de elementos estimulantes del presente, el rastreo busca evidenciar los componentes de los procesos interactivos que el sujeto ha asumido e incorporado.

Como se ha mencionado, las redes semánticas buscan estudiar aquellas estructuras que dan sentido a las interacciones con la realidad que sostienen las



personas. Este proceso interpretativo de la realidad, de acuerdo con Vera Noriega (2005) se realiza imprimiendo aspectos identitarios en el objeto a interpretar. En este sentido, la interpretación de la realidad constituye un proceso en el que el sujeto hace uso de todo un bagaje de contenidos sociales; al interpretar no se está realizando un proceso individual, sino que se está haciendo uso de esquemas interpretativos en los que los grupos de referencia otorgan un sentido de *validez*, por un lado al proceso de interpretación y, por el otro al sujeto interpretante (Vera Noriega, et al., 2005; Vera Noriega, 2005).

Como se ha mencionado, representar es un proceso de construir simbólicamente un objeto, de dotarle un sentido, para ello las personas recurren a elementos de la memoria que se encuentran vinculados a determinados grupos a partir de los cuales elaboran su identidad. Esta relación entre los grupos de pertenencia, la conformación de la identidad y la significación de los estímulos de la realidad son factibles de rastrear, según la metodología de las redes semánticas, a partir de una serie de estímulos verbales que desencadenen todo el *paquete* de significados asociados aunado al conjunto de valías que se les otorgan (Vargas-Garduño, et al., 2014; Vera Noriega, 2005; Vera Noriega, et al., 2005), la composición de los significados es interpretada como producto de una relación dialéctica entre una significación social y una individual, pues como ha mencionado Pentano (Vera Noriega et al., 2005): “el significado es también individual impregnado de afectividad y dependiente del contexto”.

Partiendo de esta lógica las palabras como componentes del pensamiento humano se encuentran organizadas en conjuntos o redes de acontecimientos, sensaciones, experiencias los cuales son elaborados desde una serie de atributos que las personas asignamos y que, en gran medida se encuentran vinculadas a procesos sociales los cuales otorgan de un bagaje interpretativo bastante amplio que dotan de certeza a las personas al ser compartido (Vera Noriega, 2005), esta es la razón por la cual el lenguaje constituye una herramienta de gran importancia para la comprensión de los procesos mentales (Vargas-Garduño, et al., 2014), pero sobre

todo para poder rastrear las formas en la que los grupos elaboran los sistemas conceptuales y la forma como se estructuran *la memoria semántica* (Vera Noriega, 2005).

### 5.2.2 Aspectos metodológicos y desarrollo del instrumento.

A partir de las premisas teóricas y los objetivos que se plantearon alcanzar se diseñó una serie de estímulos verbales partiendo de las sugerencias realizadas por algunos autores (Reyes-Lagunes, 1992; Hernández Loya, 1998; Aguilera Arévalo, 2010), entre las cuales se encuentra, en primer lugar, la de emplear una categoría de *palabras de interés*<sup>26</sup>, la cual consiste en haber otorgado a los participantes una serie de palabras estímulo y solicitando que a partir de la misma escribiera diez palabras que considerara relacionadas con aquella. Esta modalidad fue empleada por considerar el uso del tiempo con el que contaban los informantes, además de que este diseño ha demostrado una mayor practicidad al momento de propiciar la detonación de los grupos semánticos en las personas (Valdez Medina, 2000).

Para el desarrollo de los estímulos verbales que conforman el instrumento se realizó un trabajo en tres etapas, en un primer momento se recurrió a la bibliografía que conforma parte del marco teórico para el desarrollo de categorías teóricas centrales, una vez identificadas estas se operacionalizaron en forma de subcategorías las cuales consistían en breves definiciones operativas de las categorías teóricas para, posteriormente, desarrollar estímulos verbales más asequibles a la cotidianidad. Este primer paso sirvió para identificar la relación o no de las palabras estímulo con las categorías o con las subcategorías (Ver Anexos, tabla 1).

Una vez realizada esta primera etapa se compartieron los contenidos con dos académicas especializadas en la técnica de redes semánticas. Si bien estas

---

<sup>26</sup> Las otras dos categorías la constituyen: 1. El desarrollo de una definición conceptual esperando que la persona vincule el mismo a alguna estructura del pensamiento, proporcionando una palabra (concepto), esta versión de las redes semánticas se ha considerado no tan pertinente por las características de la población y la posibilidad de que, a partir de ejercicios de éste tipo se articule una noción más profesional, en suma, que hable el médico no el estudiante constituido genéricamente como varón que además es estudiante de medicina; 2. El desarrollo de elementos que posicionen a la persona en situaciones o roles particulares, por ejemplo “Yo como estudiante...”, sin embargo esta implementación se ha sugerido para poblaciones cuyo conocimiento técnico, teórico o metodológico no es tan amplio pues podrían predecir la línea de investigación, orientando sus respuestas hacia lo que considera que es lo esperado por el investigador. Para más información al respecto ver Reyes-Lagunes, 1993, en especial pp.87-89.

especialistas tienen una formación en psicología social, cuentan con experiencia en el trabajo antropológico y han desarrollado temas como violencia de género, relaciones de pareja y sexualidad. Una vez consultadas sugirieron algunos ajustes respecto a la pertinencia de las palabras, puesto que en un primer momento se había proyectado una multiplicidad de estímulos para cada subcategoría, a partir de dichas especificaciones se sometió a pilotaje un primer instrumento, dicho pilotaje se realizó con una población constituida por cuarenta y dos estudiantes varones de la licenciatura en medicina de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, quienes al momento de la aplicación cursaban entre quinto y séptimo semestre de la licenciatura<sup>27</sup>.

El pilotaje estuvo conformado por dos etapas, en una primera se le mostraron la totalidad de los estímulos verbales en bloques, a partir de la relación con las subcategorías conceptuales construidas, a veintitrés estudiantes, se les pidió que de aquellas palabras enumeraran en orden descendente aquellas palabras que consideraran que: *a) describieran mejor la profesión médica, b) expresaran de mejor forma las dificultades del ser médico internista, c) explicara mejor el estereotipo de un hombre macho, d) se aproximara a la concepción de conductas sexuales de riesgo*. Una vez recabada esta información se definieron los estímulos verbales cuyo peso semántico (*valor m*) fuera mayor (Reyes-Lagunes, 1992; Vera Noriega, 2005), delimitando los estímulos a ocho *nodos*, o conceptos centrales (Ver tabla 2 en Anexos). Una vez realizada esta fase se aplicó la prueba piloto a diecinueve estudiantes de medicina, siendo la población mayoritariamente (doce de ellos) de quinto semestre.

La información proporcionada permitió la construcción de un instrumento en que se posibilitara un mayor acceso a la información. Dicho instrumento condensa los

---

<sup>27</sup> Cabe señalar que la aproximación con los estudiantes se realizó después de haber sostenido una pequeña charla informativa en la que se explicó, de manera general y sin comprometer los objetivos de la investigación la finalidad del encuentro, el cual se realizó en dos sesiones, dividiendo a los participantes en dos grupos, el primero de trece y el segundo de diez miembros, para la determinación de los estímulos verbales más pertinentes; y en dos grupos más, uno de doce y otro de siete miembros, para la aplicación del instrumento piloto.

estímulos lingüísticos que se consideraron podrían desencadenar un mayor número de palabras, útiles para la conformación de un concepto evocado a partir de la memoria por parte de los participantes. Cabe señalar que, dentro de los estímulos verbales el de “Mujer” no aparece como uno de los *nodos* con mayor peso semántico, y que constituye el único de estos estímulos verbales que ha sido colocado de forma intencional, ello atiende a la necesidad de extraer información respecto a la concepción que los estudiantes realizan, como personas *marcadas* por el género, de la categoría “mujer” (ver anexos, Instrumento 1). La intención de incluir esta categoría, como ya he mencionado, es explorar la conformación de una identidad de género masculina hegemónica, la cual, si bien se construye de forma constante a partir de la interacción con el entorno, cuenta con elementos básicos que preceden a la conformación de una identidad profesional como médicos, y que se identifica, primordialmente por la oposición a todo aquello que se catalogue como femenino y/o vinculado a “la mujer”.

El total de estímulos presentados a los participantes fue de nueve, provenientes de tres ejes temáticos: Identidad de género (masculina hegemónica), identidad profesional médica y conductas sexuales. Derivado de estos tres bloques se eligieron los siguientes estímulos: medicina, mujer, sexo, hospital, “ser hombre”, condón, ITS, Orgasmo y VIH-SIDA.

### 5.3 Entrevista a profundidad.

#### 5.3.1 Aspectos Teóricos

Puesto que se pretende explorar la vivencia de los MIP como personas constituidas como entidades sexuadas y conformadas desde la lógica relacional del género, por un lado, y su *incorporación* de las estructuras que conforman un *habitus profesional médico* se consideró pertinente complementar la información que pudo obtenerse por medio de las redes semánticas con la aplicación de entrevistas a profundidad. Como lo han señalado Taylor y Bogdan (1987) la entrevista a profundidad se caracteriza por ser una serie de encuentros cara a cara “(...) dirigidos a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones (...)”, en suma se intenta lograr un grado de cercanía con los informantes que permita que éstos proporcionen información respecto a su relación con el medio, su forma de interpretar la realidad social, así como sus interacciones con diversos agentes y medios sociales.

El empleo de esta técnica parece propicio para esta investigación al recurrir a información que no sería asequible de forma directa (observación). Aunado a la factibilidad respecto al acceso de la información, diversos autores (Taylor & Bogdan, 1987; Sierra, 1998; Robles, 2011) han hecho hincapié en el papel de la entrevista como una técnica capaz de *posibilitar recursos de la memoria* que, si bien pueden ser considerados como datos sesgados, en realidad deben contemplarse como recursos de contenido sumamente rico respecto a la impresión subjetiva que el sujeto ha realizado respecto a ellos. La objetividad no constituye el eje central de la investigación (de la misma forma que no lo es para la técnica de entrevista) sino que se trata de indagar en la conformación de la identidad de género/profesional de los informantes, lo cual confiere un sentido bastante personal a un proceso de interacción vinculado con estructuras que pueden objetivarse en la expresión individual, por lo cual debemos recurrir a las manifestaciones orales realizadas por los informantes y confiar en la habilidad discursiva para la construcción de elementos relacionados con algunas categorías conceptuales, pues en última

instancia se trata de que este espacio propicie un *estímulo a la memoria* (Taylor & Bogdan, 1987) para propiciar que *lo social* emerja a través de las voces individuales (Bertaux, 1989).

La bondad de la técnica se encuentra estrechamente relacionada con lo que Rojas Wiesner (2008) ha mencionado respecto a la crisis sociológica frente a la comprensión de hechos relacionados con la vivencia de las personas y la compulsiva necesidad disciplinar por la obtención de un carácter objetivo, siendo las técnicas cualitativas basadas en oralidad (especialmente la que rescatan elementos biográficos) las que “(...) parece(n) prometer esa mediación del acto a la estructura, de la historia individual a la historia social (...)”, la oralidad constituye un medio por el cual el informante conforma el medio por el cual se puede acceder y comprender aspectos de la dinámica estructural en la que él/ella mismo/a se encuentra inmerso, se trata de comprender dos lógicas que interactúan para conforman esa representación oral, la *lógica del campo social* y la *lógica de la vida personal* (Bourdieu & Wacquant, 2005; Rojas Wiesner, 2008), es decir, se busca comprender la suma de estos elementos en interacción dialéctica, en otras palabras el *sentido común* de personas genéricas constituidas pero con características profesionales determinadas manifiestas en su quehacer diario (entre el que se encuentran sus relaciones erótico-afectivas).

Es sabido el papel que juegan las relaciones de poder en la conformación de espacios de interacción como la entrevista, se ha mencionado en reiteradas ocasiones el papel de desigualdad en la que se encuentra el informante frente a la persona que realiza la investigación (Sierra, 1998; Robles, 2011), sin embargo y atendiendo a las particularidades de la población con la cual se trabajó, se llegó a considerar que esta peculiaridad podría ser socavada encontrándose la entrevista en una situación de moderada igualdad en cuanto a condiciones respecto a la imposición intelectual, si bien se deben tener en consideración algunos aspectos referentes a la conformación de la estrategia, se ha buscado identificar, en la medida de lo posible, los sesgos que pudiesen encontrarse en la entrevista, es por esta

razón que una vez concluidas las entrevistas se les hacía una pequeña devolución de contenido a los participantes, esperando contar con su aprobación. Los resultados fueron sorprendentes pues, en su gran mayoría se sintieron satisfechos con lo que habían expresado y daban su visto bueno para poder trabajar con dicha información.



### 5.3.2 Aspectos metodológicos

La pertinencia de implementar la técnica radica en su capacidad para acceder al conocimiento público por medio de un proceso dialogal (Taylor & Bogdan, 1987; Sierra, 1998), puesto que parte de la información que se pretende obtener es virtualmente imposible de obtener por medio de técnicas como la observación directa (las prácticas sexuales de los estudiantes) es necesario confiar en la capacidad discursiva para reconstruir la experiencia de las personas como estudiantes de medicina, pero sobre todo, varones.

Para el diseño del guión de entrevista se realizó un ejercicio similar al desarrollo de los estímulos verbales que conforman la técnica de redes semánticas, a partir de la revisión bibliográfica se construyó una serie de categorías conceptuales, las cuales se buscaron desglosar para establecer posibles rubros por medio de los cuales esquematizar las preguntas, teniendo en consideración tres ideas fundamentales que se pretende abordar con esta técnica: a) de qué manera los estudiantes de medicina experimentan el hecho de ser estudiantes (varones) de medicina dentro de un *campo*-insignia de la profesión como lo es un hospital, y en este mismo sentido tener un acercamiento a la forma como ellos conciben las prácticas profesionales que pueden reforzar esquemas de género violentos dentro de dicho espacio así como las nociones particulares de su práctica profesional; b) explorar su vivencia como jóvenes varones y rastrear la forma como es que se perciben así mismos dentro (ya sea consciente o inconscientemente) dentro de un sistema de relaciones marcadas por el género, en qué forma éste sigue vigente en su concepción de lo cotidiano; y c) tener un acercamiento a sus prácticas sexuales como espacio en el que se articulan las formas tradicionales de género con un *habitus médico* que refuerza estos elementos.

Para el desarrollo de esta técnica se contó con la supervisión de un Doctor en antropología, cuya experiencia en la implementación de la técnica ha resultado en una serie de publicaciones académicas altamente representativas para los estudios

de género, de igual forma el guion de entrevista contó con la revisión de una Doctora en sociología, cuyo enfoque metodológico es, prioritariamente, cualitativo. A partir de los estratos conceptuales y las observaciones realizadas se diseñó un guión de entrevista (Ver anexos, Instrumento 2), el cual sólo buscó orientar la conversación con los informantes, no se planteó como un libreto rígido que buscara implementarse de forma secuencial, ni que se empleara de la misma forma con todos los informantes ni en todas las circunstancias, sino que, a partir de los puntos que se buscan examinar se trató de modelar y modular las preguntas, es decir se hizo un intento frecuente por ajustar las matrices que daban origen a las preguntas a las interacciones con los informantes, en algunos casos fue necesario emplear una cantidad mayor de preguntas complementarias para obtener más información, en otros casos esto no fue necesario pues el mismo informante proporcionaba la información desde las preguntas realizadas; se intentó que este proceso interactivo posibilitara, en la medida de lo posible, la expresión espontánea de sus vivencias.

## 6. Resultados

### 6.1 Breve bosquejo del acercamiento al campo

Resultado de la interacción con el campo médico, y ante una serie de negativas para poder trabajar dentro de las instalaciones hospitalarias, se logró la implementación de once ejercicios de redes semánticas y de catorce entrevistas con estudiantes médicos de pregrado de tres hospitales públicos de la ciudad de Pachuca; sin embargo, de éstas últimas se ha decidido descartar tres de ellas por considerar que: a) en un caso la entrevista duró menos de una hora y el informante no pudo ser contactado nuevamente, aunado a que la información vertida fue bastante escueta (empleo constante de monosílabos o desvío recurrente de temas) y b) en los otros dos casos los informantes después de realizar una revisión de lo expresado a lo largo de las entrevistas decidieron que no deseaban que la información proporcionada fuera expresada en este trabajo. Cabe señalar que la muestra del estudio no es, ni pretende ser, representativa, pues para el año en el que se realizó el estudio (2016) la población de estudiantes internos de pregrado presentes en la ciudad de Pachuca rondaba la cantidad de cincuenta<sup>28</sup> internos, entre hombres y mujeres. A pesar de ello, considero que la información vertida por los informantes, a partir de las técnicas de investigación implementadas, es enriquecedora y posibilita un breve bosquejo sobre un campo social que ha sido poco explorado en los estudios sociales.

El acercamiento al campo médico se realizó, en un primer momento de manera informal estableciendo contacto con una serie de informantes que, en ese momento se encontraban realizando su residencia dentro de los hospitales. Sin embargo, esta situación fue modificada ante la solicitud de algunos académicos, quienes sugirieron realizar un acceso vía institucional, apelando a las autoridades hospitalarias para

---

<sup>28</sup> Cabe mencionar que esta cifra es inexacta, pues en las bases de datos de la UAEH (quien es la encargada de vincular a los MIP con las unidades receptoras) sólo reporta el número de estudiantes de medicina egresadas/os, pero nunca detalla en qué unidades receptoras realizan su internado. Esta cifra se basa en las cantidades mencionadas por algunos residentes con los que se pudo dialogar.

poder acceder a la población de MIP de sus hospitales. Sin embargo, las autoridades no consideraron pertinente la realización del estudio dentro de sus instalaciones, debido a que no era una investigación que formara parte de sus programas educativos; ante esta negativa se optó por retomar los primeros contactos establecidos en campo. La ayuda de los residentes permitió una captación de MIPs fuera de las instalaciones hospitalarias. Es a partir de la colaboración de estos residentes, quienes paradójicamente, pusieron a disposición su mayor prestigio en el escalafón médico, que se logró realizar la invitación a los MIPS para participar en este estudio. Derivado de todo ello es la presencia de los catorce informantes en esta investigación.

La aplicación de los instrumentos, así como las entrevistas a profundidad se realizaron en espacios acordados de forma previa con los informantes, los cuales firmaron una carta de consentimiento para la recolección de información. Cabe señalar que, en el caso de las entrevistas no fue posible audio grabar todas, ello debido a una expresión tácita de la mayoría de los informantes por el hecho de que temían que dicha información pudiese ser mal interpretada por personas ajenas al estudio, por lo cual optaban por no ser grabados. Cabe destacar que la sospecha, por parte de algunos de los informantes, fue una recurrente en las primeras sesiones, esta sospecha se disfrazaba con dudas sobre el manejo de la información, sobre la universidad de procedencia, sobre la ética del manejo de los datos; aspectos, todos ellos, que fueron abordados desde el primer encuentro, sin embargo me parece interesante, e importante, resaltar la duda y la sospecha como elemento grupalmente constituido para el establecimiento de interacciones con personas ajenas a su campo; aspecto que de alguna manera u otra, se hizo presente no sólo en las interacciones con los informantes sino en el evocar, a lo largo de varios encuentros, la omnisciencia de las instituciones de salud, la cual se expresaba en una sensación reiterada de ser sancionados en caso de saberse su colaboración en el estudio.<sup>29</sup> Esta situación permitió que ellos marcaran una

---

<sup>29</sup> Aspecto que desarrollaré en el siguiente apartado pero que, tiene que ver con una especie de una *amenaza implícita* como estrategia por garantizar la salvaguarda de su Yo médico.

distancia inicial, la cual pudo irse resquebrajando paulatinamente hasta llegar al punto de expresarse medianamente libres a partir de la devolución de información cuando había dudas o centrando el protagonismo de las narrativas en ellos mismos.

Debo destacar, por último, que los once ejercicios corresponden a los once informantes que, de igual manera, contribuyeron en el desarrollo de una serie de entrevistas a profundidad, lo cual significa una oportunidad privilegiada para contrastar y complementar la información vertida a partir de cada una de las técnicas. Sin más, sólo me gustaría puntualizar que la presentación de los resultados se hace con previa autorización de los informantes respecto a lo aquí vertido. He tratado de preservar, en la medida de lo posible, los testimonios tan vívidos y conservar el contexto en el que se realizaron.

Una última precisión que me parece pertinente es la que refiere al orden en el que presentaré los testimonios y los resultados de las redes semánticas: en un primer apartado abordaré los aspectos de la identidad de género y la vivencia de los participantes a partir de saberse/vivirse hombres; en un segundo momento abordaré las narrativas que los informantes compartieron sobre su construcción identitaria como profesionistas de la salud y concluiré con un rastreo de sus prácticas sexuales y forma en que éstas puede encontrar anclaje en las construcciones socioculturales previamente referidas. El orden en el que presento las narraciones y los esquemas referidos a las redes semánticas atiende a un sentido (personal) de practicidad, y no constituye el orden en el que se desarrollaron las pláticas o se presentaron los estímulos verbales, lo cual no constituye líneas rígidas, sino que, por el contrario, confieren meros elementos orientadores, pues, como se verá en cada subcapítulo existen elementos que refieren de forma explícita o implícita a sentidos referentes a cualquiera de los otros apartados, o incluso a ambos.

## 6.2 Yo, Varón. Sobre la construcción de sí en el espacio del género.

Uno de los elementos que ha sido reiteradamente mencionado en el trabajo es la importancia del género como un elemento constitutivo de la identidad personal, pero, además, como un elemento que regula y estructura las prácticas sociales y los componentes simbólicos de la cultura. En este sentido, uno de los objetivos prioritarios dentro del trabajo realizado ha sido rescatar la experiencia de los participantes como personas sexuadas y socializadas como varones, explorar su vivir(se) como varones y las lecturas que han realizado respecto a la realidad social, los ejercicios de violencia, las relaciones de género, en suma una serie de elementos multidimensionales y, por lo tanto, multicromáticos que se encuentran presentes dentro de la paleta de colores que conforma la realidad social.

Una de las primeras cuestiones que se plantearon respecto a los tópicos del género, fue saber qué significaba para estas personas ser varón, un elemento que, a simple vista, denota una inocencia técnica (e incluso teórica), pues como mencionaría uno de los entrevistados

¿Ser hombre? ¿Cómo que qué significa para mi ser hombre? Pues ser hombre es lo que uno es... Bueno de entrada es *tener pene y testículos*, uno no puede ser hombre si no cumple ese requisito básico, de ahí pues se derivan muchas cosas: la fuerza, los músculos, las hormonas, el olor, el deseo, hasta *las funciones cerebrales*. Bueno, bueno, no es que todo eso se relacione con el pene (risas) pero pues es que ¿cómo me preguntas qué significa ser hombre? Ajá pues yo creo que un *hombre es el que tiene pene y testículos*, sino pues eres *otra cosa*, pero no hombre (Victor,<sup>30</sup> 24 años, H3. Cursivas mías)

Este primer acercamiento respecto a qué se refiere ser hombre parece confirmar el sentido primado, que algunos autores han resaltado, de las ciencias biológicas

---

<sup>30</sup> Los nombres de los participantes han sido cambiados con la finalidad de mantener el anonimato y salvaguardar su identidad.

como elemento (re)afirmativo del género (Laqueur, 1994; Fausto Sterling, 2006). Este papel protagónico conferido a las ciencias biológicas ha permitido la construcción de un cuerpo, elemento que se convierte en el primer bastión desde el que se conforman e indagan los marcajes de género, los cuales tienen por objetivo resolver el paradigma de ¿qué es ese cuerpo?, o mejor dicho ¿a qué categoría corresponde?, ¿es acaso masculino? ¿femenino?, lo biológico se empata a un sentido “natural”, dotado de certeza y que, por lo tanto, se da por sentado. No necesita mayor explicación que la de *ser*, simplemente ser. El cuerpo se convierte en el primer delator de lo que los sistemas culturales identificaran como *masculino* o *femenino*.

Cabe señalar que, en el caso de este informante como en la de muchos otros, el hecho de preguntar ¿qué significa ser hombre? constituye un desafío al *sentido común*, es decir la construcción genérica se ha realizado con tanto éxito que el cuerpo apropia estas expresiones socioculturales, las encarna, pero, además, les otorga un sentido de veracidad (Le Breton, 1990), ser hombre es algo que debería obviarse, asumirse, pero, sobre todo, no cuestionarse. Estos *testimonios de veracidad* inscritos en los cuerpos parecen ser elementos que se encuentran presentes en el desarrollo del mismo quehacer médico, pues como otro informante refiere:

Un hombre es tener *pito* (risas), bueno en realidad es tener un pene, pero además es producir una serie de hormonas que impactan de forma diferente en los cuerpos, eso y otros rasgos como la cara, el vello, y pues obviamente el semen, no sé, cosas así. Sí pues uno sabe que es hombre por cómo tienes el cuerpo, pero además es lo que ese *cuerpo puede hacer* (Martín, 25 años, H2. *Cursivas más*).

Como puede corroborarse, un primer plano para la construcción de la diferencia sexual, y, por ende, de un sentido identitario diferenciado es la que se realiza en los cuerpos. Estas nociones corporales propician la búsqueda de posibilidades que son certificadas a partir de dichos elementos diferenciados biológicamente, estas

potencialidades serán elaboradas en experiencias personales, empalmadas por modelos socioculturales en los cuales encuentran su mayor confirmación.

A partir de estos testimonios es posible comenzar a vislumbrar la relevancia que tiene “lo biológico” como elemento constitutivo de la identidad masculina. El cuerpo, de esta manera, adquiere un carácter ambivalente pues, en un primer momento adquiere una lógica en la que se maximizan las diferencias con lo femenino, a la vez que se aminoran las similitudes, es decir confiere certidumbre respecto a que *se es hombre* a partir de un pene, cuyas implicaciones socio-culturales serán conformadas subsecuentemente (Badinter, 1993; Bourdieu, 2010; Conell, 2015); el segundo componente de la relación ambivalente que sostienen los varones con sus cuerpos es el que contempla a éstos como elementos ajenos a sí mismos, entidades indómitas que, de una manera u otra, deben ser *disciplinadas*, herencia de un sistema de pensamiento que busca el *control* de los elementos concebidos como naturales (Le Breton, 1990; 1992).

Aunado a lo anterior, es importante resaltar que, lo expresado por Martín respecto al cuerpo y su aparente capacidad para hacer (nótese la despersonalización del cuerpo, como un elemento que es sólo referente de un hacer pero que, no confiere ningún sentido de *ser un cuerpo*) constituye un primer elemento de análisis respecto de los masculino, pues como Seidler (2000) menciona:

“Como hombres, aprendemos a tratar nuestro cuerpo como algo aparte, como algo que necesita ser entrenado. Muchas veces exigimos más de nosotros mismos porque intentamos ponernos a prueba frente a los límites del cuerpo, y esto, constituye una forma de afirmar nuestra masculinidad”  
(p.45)

Como se ha visto esta noción de *no-ser un cuerpo*, como un elemento expresivo de la masculinidad hegemónica, encuentra sus raíces más profundas en una lógica elaborada en la modernidad, en la que lo corporal no es similar, ni siquiera cercano, a un hombre. El cuerpo se convierte así, en un artilugio armado por una serie de



características que serán empleadas de manera ajena a sí mismo: uno no es un rostro, un pene, una espalda, unas manos, sino que todos estos elementos se tienen y, por ende, son elementos ajenos que pueden actuar de forma “autónoma”.

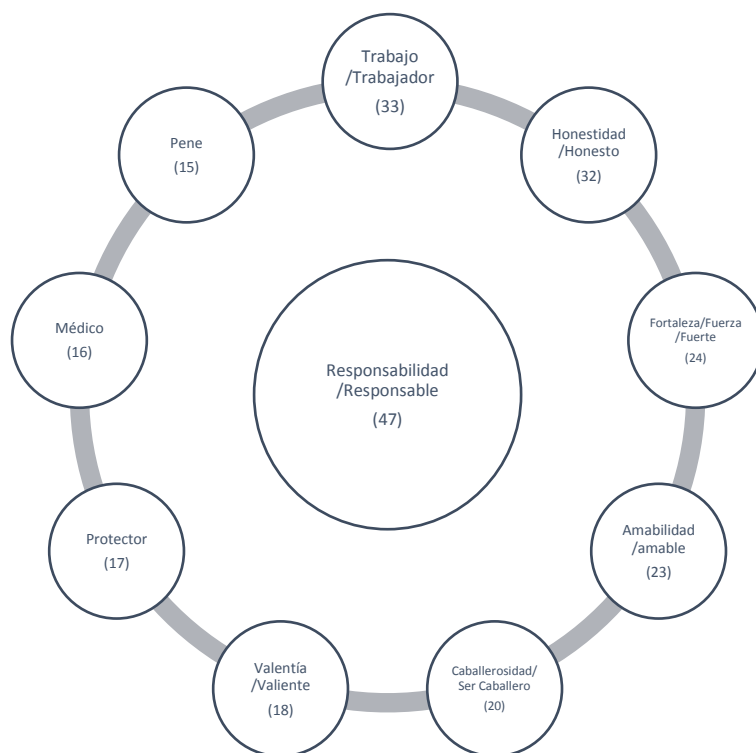
Esta noción de un sujeto escindido de su corporalidad es la base de una serie de nociones genéricas que confieren el sentido “real” de lo masculino, el hombre no es su cuerpo, sino lo que puede hacer con éste. Un hombre es a partir de su capacidad de manipular la carne a voluntad. Someterla y domarla, base de una noción de *poder* que estará estrechamente vinculada a la noción de virilidad:

Yo creo que más que tener un pene, un hombre es el que *puede*. Por eso es más frecuente ver a hombres en trabajos desgastantes, no tanto porque tengan pene, sino más bien porque pueden. En el caso de medicina es bien común ver eso, o sea uno *tiene que poder*, no hay de otra; entonces o *acostumbras al cuerpo*, o mejor te sales, porque en la medicina sí ves de que estás hecho, y en eso sí, la neta es que luego las compañeras se quejan mucho (...) No sé, o sea yo sí creo que hay capacidades diferentes, por eso ves más hombres en especialidades que exigen más, no por como nacen, o sea sí, pero también por cómo podemos controlarnos (Pedro, 23 año, H1. Cursivas mías).

Como puede corroborarse en este testimonio, el cuerpo es algo que se *doma* con base en una serie de capacidades aparentemente masculinas, las cuales dotan de atributos que posibilitan un “mejor ejercicio” en determinados espacios; en este sentido podemos aseverar que el sexo se encuentra estrechamente relacionado con elementos genéricos, los cuales se manifiestan en la narrativa de los entrevistados, por ende, podríamos afirmar que se encuentran en su esquema interpretativo, como elementos inherentemente vinculados y a partir de los cuales se construye un sentido de realidad: uno es lo que hace con *el* cuerpo y los lugares donde *lo* coloca.

La concepción de un ser a partir de aspectos genéricos es visible de forma clara a partir de la elaboración semántica del grupo de varones respecto al estímulo “Ser Hombre” (Ver Ilustración 1), en el que la responsabilidad o el ser responsable constituye el núcleo semántico de la identidad masculina. De igual forma es importante resaltar que, en general, el peso semántico de esta red se concentra en aspectos de tipo socialmente elaborados (Ser trabajador, honesto, fuerte y amable como expresiones más cercanas a la definición del estímulo verbal) que no encuentran un referente en los elementos biológicos del cuerpo. De esta manera, un elemento que es importante mencionar, es la relevancia que los informantes otorgan a su quehacer como profesionistas, pues éste se articula (en un primer momento) con su ser como entidades sexuales genéricamente moldeados. Podemos visualizar que su identidad profesional se encuentra, a simple vista, relacionada con aspectos valorados como “masculinos”.<sup>31</sup>

*Ilustración 1. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "Ser Hombre"*



Fuente: elaboración propia

<sup>31</sup> Profundizaré en esta relación en el segundo apartado de este capítulo.

Así, esta concepción grupalmente compartida del “Ser Hombre” encontraría su correlato con la manera en que uno *interpreta* de forma ritual los designios socioculturales (Butler, 1999), es decir, el ser hombre no es un atributo inmanente, sino que, es algo que se comprueba y debe realizarse para el escrutinio de las demás personas, en este sentido es importante rescatar el siguiente testimonio:

“Para mí, *un hombre* no es con lo que nace, es *lo que hace*. Por eso uno se *la rifa como hombre, hace las cosas como hombre*. Eso es algo que hasta las mujeres saben, o esperan, no quieren a alguien que se parezca a ellas o sino qué chiste” (Edwin, 27 años, H1. *Cursivas mías*).

Esta construcción corporal basada en las premisas dicotómicas diferenciadas del género constituyen un carácter paradójico, pues como lo ha expresado Conell, los cuerpos son al mismo tiempo recipientes como reproductores de las lógicas de las estructuras, se convierten en: “[...] cuerpos que son tanto objetos como agentes de la práctica, y con la práctica misma conformando estructuras en las cuales los cuerpos pueden ser apropiados y definidos [...] prácticas que se reflejan en el cuerpo y se derivan del mismo” (2015, p. 95). De esta forma los cuerpos adquieren/confieren un sentido cultural del (deber) ser hombre o mujer, expresar en los cuerpos, en los movimientos, en las expresiones los componentes primados del género simbólico; lo cual no implica que la lectura sea sólo sobre las corporalidades, sino que, hay un poco más allá. El género (y su correlato en la modernidad) encuentra en las emociones, los sentimientos y los afectos un campo fecundo que posibilita una escisión más para la distinción genérica.

Como lo han señalado algunos autores (Ortner, 1979; Badinter, 1993; Bourdieu, 2010; Núñez Noriega, 2015) cualquier elemento vinculado con una noción de “naturaleza” será desacreditada como carente de sentido, subjetivo, parcial y, por ende, como un elemento ajeno del modelo masculino. Esta noción, ya mencionada por el trabajo de autores como Seidler (2000), Conell (2015) y Núñez Noriega (2015) se cristalizan en testimonios como los siguientes:

Tampoco es que uno se pueda poner a llorar. Sentir no es válido, ni como hombre menos como doctor. Eso significa debilidad (Carlos, 23 años, H1)

Pues los hombres tenemos menos chance de ser afectivos. Si uno lo hace se sospecha o es porque algo se quiere (Lucio, 26 años, H3)

A ver, no es que vayas por la vida chillando. (A mi) me rompe más ver un hombre llorando, porque casi no lo ves (Orlando, 23 años, H2)

Estas expresiones permiten visualizar una situación de distanciamiento por parte de los varones respecto a sí mismos, en tanto que cuerpos y emociones, aspectos que, sin embargo, serán empleados sólo ante situaciones imperativamente necesarias o como medios para obtener algo más. Los varones médicos confieren un sentido instrumental a sus cuerpos y a sus emociones, aspectos que perciben como elementos vedados diferentes a su identidad como hombres, situación que atiende a una lógica primada dentro de las lógicas masculinas hegemónicas.

Ahora bien, como he mencionado en el primer capítulo, el género constituye un sistema relacional, en el que se otorgan significados a los componentes a partir de la posición que éstos ocupen en un sistema simbólico (Serret, 2011), motivo por el cual, una vez explorada la noción que estos varones jóvenes tienen de sí mismos, se indagó un poco sobre el qué significa ser mujer, este cuestionamiento fue momento preciso para que los informantes resquebrajaran, en la mayoría de ellos, un poco el rigor presente en las interacciones previas, aunado a ello se pudo obtener una serie de testimonios que, si bien “bromeando” permiten rastrear la forma en que la figura de “mujer” es concebida:

Pues si tu me dices mujer, a mi me vienen a la mente mi mamá, mi abuela y mis tías. O sea *mujeres de familia, trabajadoras, que cuidan a los suyos*, pero también sé que hay *otro tipo de mujeres ¿no?*, sí. Yo creo que pienso en eso, bueno y también en las diferencias biológicas, pero sobre todo pienso en ese *amor* que dan, se me hace muy de ellas (Martín, 25 años, H2)

Pues *mujeres son las que les gustan a los hombres ¿Qué no?* (Carlors, 23 años, H1)

Pues es *lo contrario a nosotros*, o sea *no tienen* pene, ni testiculos. Ellas tienen vulva y vagina, labios externos e internos, producen progesterona y más estrógenos, *son más emocionales y sentimentales*. Ellas son más cuidadoras, ajá, pues son lo opuesto, es el sexo contrario (Edwin, 27 años, H1)

Pues son las *reinas del hogar*, a las que *uno procura, cuida y quiere*. Bueno no todos, hay unos que no, pero yo sí. Son una *cosa bella*, o como dirían *cosa bonita, cosa bien hecha* (Pedro, 23 años, H1)

Mujeres, son las *que paren*. Esa es su distinción. Son por lo que nosotros no podemos hacer (Adonái, 27 años, H2)

A partir de estos testimonios podemos identificar algunos elementos que se han expresado en los apartados previos. Por un lado, podemos rescatar el papel de las mujeres como entidades “lejanas” a los varones, por lo tanto elementos inasequibles, densas en contenidos, incapaces de definir y por ende elementos que no pueden ser identificables con características masculinas (Serret, 2006; 2011) por lo tanto serán definidas en sentido negativo: no son o en su defecto, no tienen. Es interesante corroborar la manera en que se define a las mujeres a partir de su (in)capacidad para cumplir con alguno de los elementos que hayan sido elaborados culturalmente para identificar a los varones. En este primer plano podemos corroborar que en el imaginario la noción negativa de las mujeres es algo latente y que se manifiesta en el sentido de ser “lo contrario” o “por lo que un hombre no puede hacer”.

Este primer acercamiento puede parecer contradictorio a partir de las definiciones afirmativas tales como ser “reinas del hogar”, “las que paren”, “las que cuidan a los suyos”, sin embargo estas concepciones se encuentran altamente vinculadas a

papeles asistenciales que no corresponden con elementos prioritarios en el devenir social, sino que se dan por sentado y por ende, constituyen un parámetro para la construcción de una *ciudadanía de segunda* (Nuñez Noriega, 2015), es decir, las mujeres pueden ser definidas como entidades humanas de segunda clase en la medida que cumplan determinados roles y/o funciones, los cuales, generalmente, tienden a ser asistenciales (Lagarde, 2003).

En un segundo momento, aparece una noción, bastante vedada, de las mujeres como *objetos*, más que como *sujetos*. Esto queda claro cuando se expresa de ellas que son “las que les gustan a los hombres”, es decir son aquella entidad en la que los hombres, de forma activa depositan sus deseos libidinales,<sup>32</sup> al mismo tiempo que se sobre entiende que esta entidad deber ser una “cosa bonita”, es decir, no importan características ajenas a la apariencia, una mujer debe ser una extensión de los accesorios que se presumen, que se portan, que otorgan estatus (Trueba Lara, 2007; Solís-Mendoza, 2014).

Sumado a todo lo anterior es importante resaltar el papel encubierto de la heterosexualidad como elemento constitutivo de la identidad de estos varones, pues reconocen a las mujeres como objetos de deseo exclusivo, pues son “las que les gustan a los hombres”, es decir, se aborda el deseo como un componente unitario de la construcción identitaria en el que toda expresión erótico-afectiva que no satisfaga las necesidades masculinas (heterosexuales) será mal vista, censurada e incluso sancionada. Esta noción sexo-género-deseo es lo que ha sido identificado como una triada monopolizante de beneficios a partir de su posicionamiento como elemento idílico del deber-ser varonil (Nuñez Noriega, 2015).

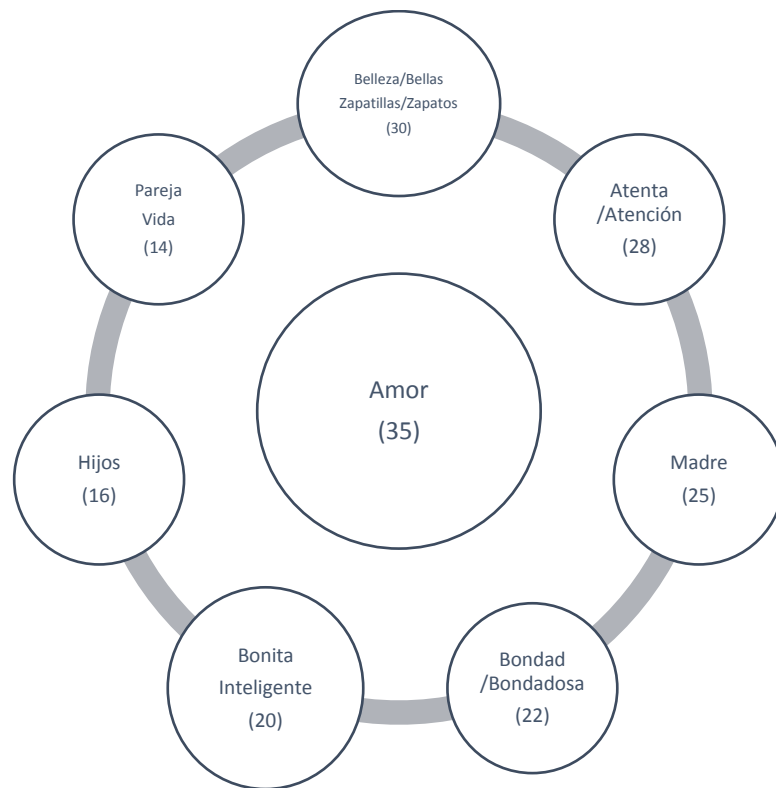
Estas expresiones encuentran sustento al analizar los componentes de sus redes semánticas (Ver Ilustración 2), es interesante constatar como el núcleo de la red se encuentra definido por una noción de “Amor” que de acuerdo a uno de los entrevistados:

---

<sup>32</sup> Empleo libido en el más puro sentido freudiano.

“El amor es de lo más bonito, uno hace todo por *conquistar* a las mujeres, agradarles. Uno se preocupa por esa persona, la procura, la cuida. Yo creo que esa forma tan *caballerezca* del cortejo es algo lindo en el amor, o al menos a mí siempre me ha funcionado” (Martín, 25 años, H2)

*Ilustración 2. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "Mujer"*



Fuente: elaboración propia

Hablamos de una concepción más cercana al amor romántico, el cual supone una posición ventajosa en la que los varones adquieren un papel activo, de búsqueda y acecho, posición que refuerza, de una manera tan sutil que llega a comprenderse como una forma galante y “bonita” de comportarse, las lógicas estructurales del género (Bosch, 2007).

Cabe destacar, en esta misma red semántica, el papel que los varones otorgan a elementos estéticos (tales como ser bellas y usar zapatillas) como segundo elemento de peso semántico, lo cual permite corroborar que, en el caso de las mujeres lo que importa no son tanto atributos que permitan su independencia (salvo por el caso de la inteligencia, la cual rompe con la lógica de esta red), sino, como ya he mencionado, aquellos que satisfacen las “necesidades” masculinas (Bourdieu, 2000), tales como ser bondadosa, atenta; aspectos que confieren un sentido de cuidado a las acciones de las mujeres.

Relacionado con lo anterior, pero que considero mencionar por separado, es el rol-función de madre y el papel que se le otorgan a los hijos como elementos definitorios de “mujer”. Esto es de sumo interés por múltiples razones, en un primer lugar porque hablamos de personas que se desempeñan profesionalmente como médicos y que, sin embargo, reproducen una lógica bastante conservadora respecto a las mujeres, pues visualizan que ellas solamente “son las que paren” (retomando el testimonio de uno de los informante) y que puede encontrar coadyuvancia con algunas expresiones de violencia dentro del campo médico en detrimento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Castro, 2011, pp. 127-146; Erviti Erice, 2013; Castro, 2013; Castro & Erviti, 2015), lo cual puede visualizar determinados componentes de género que confluyen en el quehacer dentro del campo médico. Aunado a lo anterior es importante remarcar que, mientras en el caso de las mujeres el papel de madre y la relación de hijos con la definición de ésta es algo que se encuentra evidenciado. En el caso de “ser hombre” ni el rol-función de padre, ni el hecho de contar o no con hijos constituye un referente definitorio, lo cual permite corroborar los postulados de algunas teóricas que han detallado la construcción cultural de la maternidad como logro máximo de la realización social femenina (Lagarde, 2003; Ambriz, 2005; Barrantes & Cubero, 2014).

Por último, considero relevante mencionar la concepción de algunos informantes respecto a las relaciones de género y su papel en el propio sistema como varones



profesionales, aspecto que muy pocas veces vislumbran como elemento que confiera una necesidad de análisis y autocrítica, así los ejercicios de poder parecen aspectos lejanos y ajenos a su quehacer cotidiano, de esta forma

(...) *el machismo* es algo malo, creo que eso todos los sabemos. Aunque yo creo que eso ya no se da tanto en la ciudad, sino que son más bien *cosas que se ven en comunidades* (...) no, yo no me considero machista, al contrario, *yo soy todo un caballero*, y desde pequeño me enseñaron que a las mujeres como princesas, hay que consentirlas, mimarlas, amarlas. Nunca pegarles. Sí, cuando va uno a comunidad sí ve cosas de machos, pero acá no tanto, y en el hospital pues tampoco ves eso, salvo de vez en cuando que algún interno le grite a una chava, pero eso es *normal, es parte de la formación* (Víctor, 24 años, H3)

Pues yo no soy violento, menos machista. Yo trato de *ser justo* con todas las personas, ni machista ni feminista, más bien justo (Pedro, 23 años, H1)

El machismo tiene que ver con cultura. Entre más cultura tenga uno, menos machista es. Eso es lo que he visto yo, al menos (Juan, 22 años, H1)

Así, los informantes se mantienen a una distancia considerable respecto a los ejercicios de violencia, los cuales son visualizados como ejercidos por “los malos hombres” (Lorente Acosta, 2001), parias sociales que se encuentran tan lejanos de la construcción hegemónica del ser hombre. La violencia no es percibida como un ejercicio cotidiano de la identidad de estos hombres, la cual es conformada no sólo como “varones masculinos”, sino que, además, cuentan con una formación profesional, elemento que le confiere un sentido de distinción (Bourdieu, 1998). Esta distinción elaborada a partir de la academia les permite conferir a la violencia

un sentido que ejecutan “otros hombres”, la violencia es un rasgo que no forma parte de sus elementos identitarios como la “cultura”, “la justicia”; de esta forma ser machista es una expresión que permite reforzar la identidad al ser atribuida a acciones realizadas por “desviados sociales”, actos ajenos a ellos como profesionista y como persona “preparada” (Herrera Flores, 2006).

En este apartado podemos comenzar a reconocer elementos que estos varones confieren a su identidad como personas dentro de un sistema de género y que se conforman de características tales como ser lo que las mujeres no son, tener capacidad para seducir a las mujeres, disponer de un cuerpo sexuado diferente, el cual puede ser sometido a voluntad con la finalidad de demostrar que se tiene la capacidad de hacer lo que se desee. Estos elementos encuentran una conceptualización cercana a lo que algunos autores han denominado *masculinidad hegemónica* (Kimmel, s.f.; Seidler, 2007; Connell, 2015), la cual, como puede corroborarse se encuentra bastante bien articulada (construida) desde una noción que parte desde elementos culturales valorativos que encuentra su símil en determinaciones sociales, tales como la asignación de roles-funciones, la distribución diferenciada en cuanto a estatus y a atributos afectivos esperados para hombres y para mujeres; termina siendo asimilado, todo este paquete genérico, por los informantes, los cuales, como lo expondré más adelante, no sólo son entidades generizadas socioculturalmente, sino que se convierte en *monitores* y *reproductores* de las lógicas del género.

### 6.3 Yo, robot. Sobre la conformación de una identidad profesional médica.

En el apartado anterior se han expuesto los testimonios de profesionales de la salud, quienes, antes que conformarse como médicos, han sido socializados como varones, asumiendo y realizando los mandatos socialmente conferidos a su quehacer dentro de una matriz de género; ahora bien, es el turno de explorar las nociones que estos mismos varones confieren a su quehacer como médicos y su interacción con la esfera identitaria anterior. Una primera inquietud radicó en conocer los motivos por los que estas personas habían decidido estudiar la licenciatura de medicina, en este sentido es interesante corroborar cómo el estatus y prestigio de la disciplina juegan un papel preponderante en la elección de la carrera:

Pues yo estudié enfermería técnica allá en mi pueblo, y la verdad es que me gustó, pero alguien me dijo que, por qué mejor no estudiaba medicina, nunca lo había pensado, pero después de escuchar lo *bien que ganaban y el respeto que les tiene la gente*, pues me decidí y me vine para acá, hice el examen y quedé (Dante, 24 años, H2)

Pues porque uno sabe que aquí (en Pachuca) o estudias para trabajar en gobierno o estudias medicina, son las únicas formas para poder salir adelante, y la verdad es que los tiempos están para tener algo seguro, no andar experimentando (Pedro, 23 años, H1)

(...) entonces yo empecé la carrera porque en la prepa todos hablaban de los médicos casi casi *como dioses*, y dije “¡ah cabrón! ¿A poco sí está muy cabrona?” y pues me puse como meta el acceder a la carrera, además de que siempre ves hasta a los estudiantes de medicina con buenos carros y ligan muy fácil, entonces en prepa eso te impresiona y como no sabía qué estudiar pues me pareció buena opción (Víctor. 24 años, H3)

Yo creo que son muchas cosas, por una parte, el cumplir el sueño de la familia, no sé por qué, pero siempre quisieron un médico en la familia, yo

creo que para que les dé consultas gratis (risas), no, más bien creo que eso les ayuda a *presumir* en el pueblo, y la verdad es que sí te das cuenta de que la gente te habla diferente, se siente bonito cuando te hablan de a Doctor. *Impone respeto*. Esa es una parte, la segunda es la de saber que *no es cualquier carrera*, o sea aquí sí son friegas, y todos lo saben, por algo la carrera tiene mucho prestigio, entonces tanto *sacrificio* en algún momento te va a reeditar (Edwin, 27 años, H1)

Yo vi un médico en el pueblo, vi que le iba bien económicamente. De ahí me convencí de que quería esto (Jorge, 26 años, H3)

Estos testimonios nos permiten hacer una lectura en la que la elección de profesión se realiza a partir de elementos como el prestigio, la remuneración económica pero también a partir de las facultades conferidas y reconocidas por las demás personas al obtener o, en su defecto imponer, el respeto. De igual forma es interesante visualizar la noción de desafío que se encuentra tras bambalinas, pues estudiar dicha disciplina “no es cualquier carrera” y por la que vale la pena sacrificarse. De igual manera, es interesante ver que, al igual que el estatus otorgado socialmente, el papel del conocimiento, como elemento distintivo del quehacer médico, juega un papel importante, de esta forma algunos testimonios visualizan la importancia del conocimiento y, aunque no lo perciban de forma explícita, la relación de éste con lógicas de poder:

El conocimiento. En lo personal el saber más, *poder tener ese conocimiento* y entonces salvar una vida, creo que eso fue el mayor estimulante para querer entrar a la carrera (Luis, 26 años, H3)

Uuuy pues es que sí entras en parte por el dinero, pero sobre todo el conocimiento, mira, ese *lenguaje de médicos* que a veces puede ser muy criticado, pero la verdad es que entender esas palabras, saber todo lo que lleva detrás, *platicar con colegas* e ir a congresos y entender el ¿cómo decirlo?, pues sí *la especie de código*, eso es algo que yo veía cuando acompañaba a mi mamá (porque ella trabaja en un hospital, no de doctor,

sino de administrativa) y luego ver que con base a eso la gente te admira, pues de ahí dije jalo (Martín, 25 años, H<sup>o</sup>)

Al principio yo dudaba, llevé materias de biología y anatomía en el bachillerato, me gustaban, pero no me apasionaban. Pero ya estando aquí entiendes la responsabilidad que implica *conocer más y mejor las cosas* porque *tú tienes las vidas en tus manos*, entonces si no estudias bien puedes matar a alguien. Sí, yo creo que muchos sí se creen eso de ser como dioses, pero es que de alguna forma es así, tienes vidas en tus manos y en ti *está el salvarlas o dejar que se mueran* (Adonáí, 27 años, H2)

Los MIP en este caso, reconocen y asumen que el conocimiento constituye un referente importante en la construcción de su identidad profesional; éste se convierte así en un *capital* que les permite distinguirse de la población en general (Bourdieu, 1998), al mismo tiempo que posibilita acceder a procesos interactivos diferenciados dentro del campo médico, asimilando y reproduciendo las lógicas simbólicas del mismo (Bourdieu, 2002). De esta forma el conocimiento se materializa en *códigos* que posibilitan, no solo el acceso a determinados conocimientos, sino a esquemas de interacción que propiciarían el reconocimiento de uno mismo como elemento constitutivo dentro de esas cadenas de significado (Collins, 2011), llegando al punto en que las decisiones no sean cuestionadas por agentes externos a las esferas circunscritas dentro del campo, debido a un proceso de monopolizar las determinaciones referentes al proceso de salud-enfermedad, dejando de lado cualquier otra expresión-experiencia respecto al mismo (Castro, 2014a; Castro & Erviti, 2015).

De esta manera podemos elaborar una breve radiografía respecto a los antecedentes presentes al momento de insertarse en el campo médico, en aquel momento puede constatar que los elementos que confieren mayor relevancia a la elección de la medicina como parte importante del proyecto de vida se encuentran el estatus, el poder adquisitivo, el respeto y la admiración social, características,

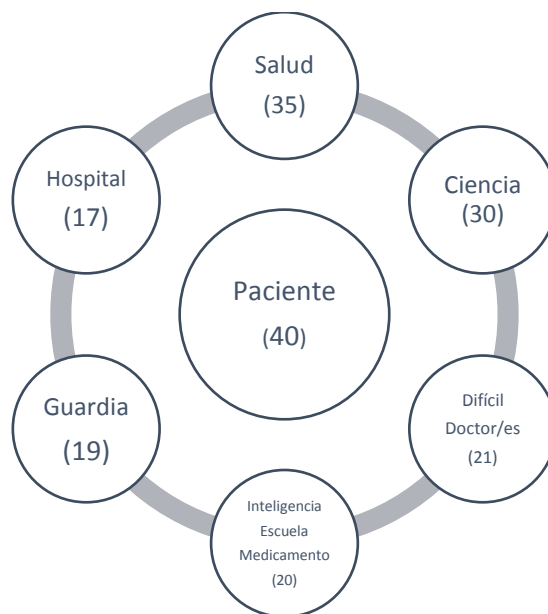
todas ellas, vinculadas a un modelo de saber, estrechamente vinculado a lógicas de poder (Foucault, 2003).

Derivada de esta primera inquietud se indagó respecto al significado que los MIP conferían a la medicina, en este sentido es bastante interesante constatar que la representación que este grupo de médicos realiza respecto a la medicina se elabora, primeramente, a partir de su relación con los pacientes (Ver Ilustración 3) y el papel que éstos tienen respecto al desempeño del médico encargado de su cuidado, pues como mencionaría un informante:

*“El prestigio de uno, como médico, depende de que no se te mueran los pacientes. De ahí evalúan que tan bueno o malo eres. Salvo que de verdad el caso sea muy complicado, pero lo primordial es que no se te mueran o compliquen los casos porque entonces tú te ves incompetente” (Carlos, 23 años, H1)*

En este sentido es importante visualizar el manejo que los médicos realizan de este proceso y las exigencias que de forma inconsciente pueden elaborar para con las/os usuarias/os de los servicios de salud. Una medida empleada por los médicos de pregrado para el *control* de las contingencias, que es expresado en su red semántica, y que será expresado de forma reiterada a lo largo de los testimonios, es emplear la razón como *herramienta* característica del desempeño profesional, el cúmulo de conceptos, técnicas, estrategias, en suma, de conocimientos médicos es visualizado como un baluarte al que deben aspirar todos los médicos.

Ilustración 3. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "Medicina"



Fuente: elaboración propia

Esto puede corroborarse en la red a partir de la noción de Medicina como ciencia. Esta definición de ciencia puede ser claramente identificada a partir de este testimonio (realizado a partir de un cuestionamiento sobre la diferencia entre medicina y otras disciplinas de la salud):

*Medicina es una carrera más compleja. Te das cuenta desde la carrera, mientras nosotros nos desvelamos por explicar las cosas, entenderlas. En otras carreras, por ejemplo psicología, los ves echados en el pasto, fumando, o hasta jugando. Una vez vimos a unos con los ojos vendados, ya sabes que son de psicología, siempre andan haciendo de esas cosas. ¿Qué de científico puede tener jugar en el patio? O eso de que siempre preguntan a la gente ¿Cómo te sientes con eso? (risas) pues eso para mí no sirve de nada, eso no te va a ayudar para salvar a una persona (Orlando, 23 años, H2)*

En este sentido, el carácter científico puede identificarse con una serie de conocimientos que, en primer instancia deben demostrar una utilidad, lo cual constituye una visión bastante utilitarista del pensamiento (Seidler, 2000) que

permite elaborar una noción de regulación ante las contingencias del medio, este aspecto, como ya se ha expuesto se encuentra estrechamente relacionado con un papel *distante* tanto en la elaboración de las propias emociones como en las de otras personas, razón por la cual, las emociones y los afectos no pueden ser identificados dentro de un sentido de veracidad (Seidler, 2000; Conell, 2015) sino como elementos de sospecha y censura (en el caso de este testimonio es claro que, para el médico el indagar sobre el sentir de otra persona tiene poca o nula importancia en el quehacer de un profesional de la salud). Esta expresión respecto a las emociones es algo que constituirá un elemento característico de los varones médicos, y que, será profundizada más adelante.

Dentro de las mismas nociones lingüísticas asociadas con la medicina se encuentran dos elementos que han sido referidos como elementos constitutivos del *habitus profesional médico* (Castro, 2011; 2013; 2014a; Erviti Erice, 2013; Castro & Erviti, 2015): las guardias y la dificultad conferida a la disciplina. Ahora bien, estos conceptos pueden representar sentidos bastante ambiguos a simple vista por lo que debemos realizar una lectura respecto a la manera en que los informantes interpretan y conceptualizan los mismos, es así como para ellos:

Estudiar medicina es bonito, no me malinterpretes, es una satisfacción muy grande, pero la verdad es que sí es *una carrera muy sacrificada*, te desvelas mucho, comes poco, siempre tienes que andar impecable y ser super puntual, armar los temas porque si te preguntan y no sabes te sacan, ya casi no ves a tus amigos, a tu novia. Pero es bonita. Creo que *lo peor* es cuando ya estás en el hospital, hay que *ser muy cuidadoso de no equivocarse*, y si pasa, pues hay que aprender de eso, sino los castigos son más grandes y *las guardias de castigo son lo peor*, sobre todo cuando estás de post.<sup>33</sup> Digo,

---

<sup>33</sup> Aquí refiere a postguardia, es decir, cuando el interno ha tenido una jornada de veinticuatro horas de labor en el hospital y pueden salir para “descansar”. En este sentido, el informante refiere que en algunas ocasiones, al cometer algún error, que puede ir desde llenar mal un informe, las sanciones pueden disponer de ese periodo en el que el interno ha concluido su estancia “normal” dentro del hospital para prolongar la estancia por más de veinticuatro horas en el hospital, lo cual constituye una práctica cotidiana dentro de los hospitales y que, como se verá, se asimila como una práctica disciplinaria contemplada dentro de los ejercicios pedagógicos de los médicos en formación.



en la escuela igual nos castigaban, pero pues lo que era *justo*: por no preparar la clase, por llegar tarde, por no responder bien, por llegar con el cabello largo o sin bata o con los zapatos cochinos (Edwin, 27 años, H1)

Lo más culero de estar en el hospital son las guardias, depende de con quién te toque rotar, hay “erres”<sup>34</sup> que agarran la onda, y hay otros que *por todo te sancionan*, y uno entiende que las guardias son necesarias o que si te equivocas pues te castigan pero sí se manchan, a mí por ejemplo cuando roté en (...) estuve cerca de salirme había semanas que nada más dormía unas diez horas. No te exagero, que si la enfermera se quejó de ti, castigo; que si me comí una letra, castigo; así me traían a punta de chingadazos, y la neta es que *tienes que aguantar*, sino aquí revientas (Jorge, 26 años, H3)

(...) sí llega un punto en el que *te acostumbras a dormir unas dos o tres horas al día*, eso sí andas jodidísimo, pero te acostumbras. La cosa está en *acostumbrar al cuerpo*, los primeros días sí te pesan, pero ya después se te hace hábito y hasta extrañas (risas), ya en serio, yo creo que por esto muchas personas ya después se arrepienten de haber entrado (Pedro, 23 años, H1)

La *carrera es pesada*, desde el principio, te desvelas un montón. Tienes muchas presiones. Ya en el internado se va viendo quién es bueno para los madrazos (risas), *te acabas curtiendo*. La cosa es agarrarle el modo, y pasar los consejos a los que vienen, para que sepan cómo trabajan los residentes, porque luego hay unos que son super exigentes y pues te van a *traer bien zorra* (Lucio, 26 años, H3)

Es así como la dificultad de la licenciatura percibida por los internos puede identificarse en dos momentos, no marcados de forma tajante, sino elaborados de forma gradual. En un primer momento podemos entender la complejidad que viven los estudiantes de medicina al ser recibidos con una serie de exigencias (p.ej. armar

---

<sup>34</sup> Hace referencia a los residentes, los cuales se identifican en el escalafón médico con la letra “erre” y el año de especialidad en el que se encuentren, así un R1 sería un residente de especial de primer año, un R2 uno de segundo año, así hasta el R4 que será el residente que está a punto de terminar su estancia de residencia.

las lecturas para las clases, andar siempre impecables, desvelarse debido a la carga de contenidos) lo cual tiene por objetivo el conformar en ellos una identidad profesional (Castro, 2011, pp. 127-146; Castro & Erviti, 2015) que se verá reforzada en los años de internado, en el que, si bien existen expresiones de fatiga e incluso de hartazgo, al final son los mismos internos quienes legitiman dichas prácticas como medidas necesarias para una adecuada formación profesional (Solís-Mendoza, 2014).

De esta manera se puede corroborar que la interpretación realizada por los internistas respecto a la medicina como disciplina científica se encuentra estrechamente relacionada con elementos vinculados al poder (Foucault, 2003). En relación con esto es importante pasar de una interpretación a un elemento bastante abstracto, tal como lo es la categoría “medicina”, y rescatar la interpretación que los médicos realizan del espacio emblemático del *campo médico*: el hospital. Este estímulo verbal fue elegido dentro de los nueve elementos del instrumento de las redes semánticas, al mismo tiempo que fue identificado por parte de los informantes dentro de la red semántica que conforma la “medicina”. La relevancia de explorar las interpretaciones referentes al hospital como espacio de socialización, radica, precisamente, en que constituye un lugar primado para la comprensión del *habitus* médico, espacio en el que las relaciones entre profesionistas de la salud, usuarios de los servicios, personal de otras áreas dentro del hospital, se encuentran mediadas por variables como el género, la etnia, la clase, la edad, la posición que ocupan dentro del campo; sin embargo en este trabajo sólo se exploraron aquellos indicadores referentes al género.

Un elemento que ha sido enfatizado en los apartados previos ha sido el de la construcción de la medicina como un dispositivo de poder-saber (Foucault, 2003; 2007; 2008; 2014) capaz de nombrar y definir aspectos de la realidad social (Vigarello, 2006). Este dispositivo cuenta con la facultad de generar una estructura explicativa cuya capacidad generadora de verdades se ha inscrito en cuerpos diversos, clasificándolos a partir de una lógica marcada por el género (López

Sánchez, 1998; Green, 2008) encontrando su zenit en la violencia obstétrica, la cual debe entenderse como un ejercicio violento en el que confluyen aspectos de la identidad de género con la práctica profesional (Erviti Erice, 2013; Castro & Erviti, 2015); en este sentido se buscó comprender la perspectiva de los internos respecto a estas prácticas dentro del campo médico.

Surcando la interpretación grupal respecto a lo que significa “Hospital” (ver Ilustración 4) para los internos podremos darnos cuenta de que este estímulo se encuentra estrechamente relacionado con el desempeño profesional, en el que Los Médicos constituyen el núcleo semántico de la red, secundado por el papel de las enfermeras.

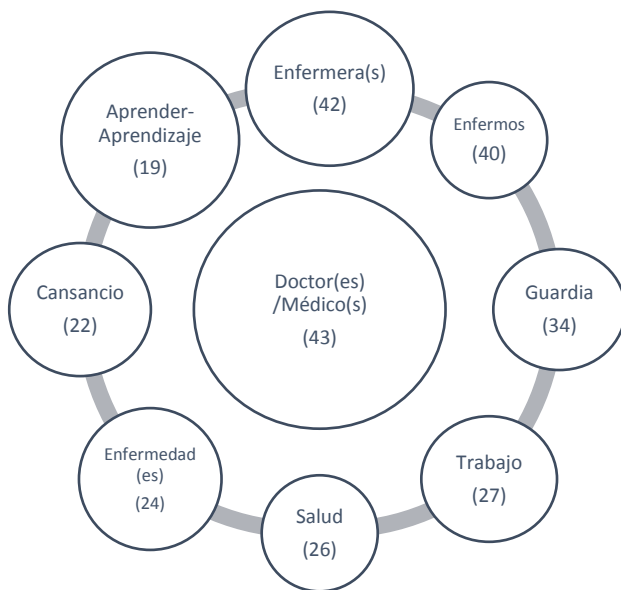
A partir de esto se trató de escudriñar la relación de los internos con compañeras en la misma condición de internas/os, con superiores mujeres y hombres, con usuarias/os y con compañeras/os de otras profesiones de esta forma las relaciones de género marcan una percepción diferenciada en el desarrollo de las actividades dentro del hospital. Es así como hablando de las relaciones entre personal médico, los informantes detectan que:

Es frecuente que, en las guardias, algunas compañeras aprovechen el hecho de ser bonitas o estar chidas, para que los residentes les den chance de un montón de cosas. Yo creo que en eso sí, las mujeres tienden a ser bien *aprovechadas*. Uno ya sabe de esas *guardias especiales*, en las que los residentes (hombres) les dan chance a las internas con tal de que salgan con ellos, pero pues ellas igual aprovechan eso (Dante, 24 años, H2)

Yo creo que el hecho de tener una residente mujer es más cabrón, neta que *luego son bien exigentes y son bien poco tolerantes*, y súmame que se pelee con el novio o ande en sus días, ni te digo lo que pasa. Con los hombres casi no pasa eso, al contrario, *con ellos agarras confianza más pronto* y se vuelven más chidos contigo (Adonái, 27 años, H1)

La percepción que realizan los internos respecto a las relaciones entre superiores es marcadamente diferenciada, pues, en el primer caso se percibe un ejercicio, que podríamos definir como acoso sexual, de poder como una acción no sólo justificada hacia quien la practica (en este caso el residente varón), sino que es identificada como respuesta ante una búsqueda por parte de la interna, cuya finalidad es la de “obtener” beneficios dentro del campo médico. Por otro lado, la acción realizada por una mujer residente es percibida de una forma mucho más crítica, pues se les percibe como mucho menos tolerantes ante las situaciones de los internos. Para concluir este apartado me parece importante resaltar lo que, en el segundo testimonio, refiere a una *alianza masculina*, la cual confiere un sentido de “intimidad” mayor, lo que puede verse reflejado ante la negativa de visibilizar las “guardias especiales” como un ejercicio de poder articulado por un sujeto a partir de su posición como varón y como un miembro ubicado en una mejor posición en el escalafón médico.

*Ilustración 4 Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "Hospital"*



Fuente: elaboración propia

En relación con lo anterior, y en un nivel de relación entre “pares” el género es expresado a partir de ejercicios que distinguen el quehacer entre lo que realizan los varones y lo realizado por las mujeres:

¿Qué si creo que las mujeres pueden hacer lo mismo que nosotros en medicina? Yo digo que no todo, pero sí muchas cosas. Por ejemplo, para estar en carpintería,<sup>35</sup> por más que quieran se necesita *fuerza* y pues, aunque sean buenas en conocimientos, la verdad es que no podrían arreglar igual que un hombre (Víctor, 24 años, H3)

No sé por qué, pero lo que sí he visto es que hay más mujeres en familiar o en pediatría. Supongo que tiene que ver más con algunas características de comunicación o que hay menos muertos, no sé (Lucio, 26 años, H3)

Las mujeres son muy blandas, sobre todo cuando hay que dar noticias de defunciones, o cuando hay casos críticos. Imagínate ¿te pones a llorar con los pacientes y en qué les ayudas?, más bien hay que *saber controlarse* y poder *regular las emociones*. Si no se puede hacer eso ya estás en desventaja, porque *los médicos deben saber controlarse*, si te *enganchas* perjudicas más. La gente se muere y se enferma, hay que aprender a vivir con eso; y esto es algo que las compañeras luego no entienden y sí es más frecuente verlas llorando (Orlando, 23 años, H2)

El género es identificado, por los internos, como un elemento que posibilita un desempeño diferenciado, en el que los varones realizan un desempeño más óptimo, el cual es definido de esta manera a partir de una matriz de género que encuentra en el quehacer médico expresiones objetivadas. Esta legitimación del género en el campo profesional va desde la feminización de algunas áreas de conocimiento (p.ej. medicina familiar o pediatría) partiendo de una lógica en la que las tareas asistenciales son atribuidas a las mujeres (Lagarde, 2003; Ambriz, 2005; Barrantes & Cubero, 2014); relacionado con este sentido diferenciado de las

---

<sup>35</sup> Hace referencia a la especialidad de traumatología, el término de carpintero se emplea en analogía a la actividad de ajustar las fracturas con la de arreglar un mueble.

profesiones es importante hacer notar el papel de rasgos masculinos hegemónicos (Connell, 2015) en el desarrollo de las habilidades profesionales, y como éstas se convierten en habilidades deseadas para un desempeño “óptimo” (Erviti Erice, 2013).

Por último, es interesante constatar que, en relación con personal de otras áreas dentro del área hospitalaria o con usuarias, las relaciones de los varones no difieren a las que establecen con sus compañeras o superiores, sino que, por el contrario, pueden volverse expresiones mucho más intransigentes:

El trato con las enfermeras es muy complicado. Son bien *chismosas*, y luego hacen cosas por sabotearte el trabajo. Te acusan, van y te inventan cosas, les dicen a los residentes qué haces y qué no. A veces sí son bien chocosas (Edwin, 27 años, H1)

Pues rotar en gineco es lo peor, hay muchísimas usuarias, pero además *se quejan demasiado*, y si a eso le sumas que luego las enfermeras no te echan la mano es de lo peor. Ahí sí no hay chance de descansar para nada. Te desgasta mucho, porque no es nada más el trabajo físico sino todas las quejas, todos los reproches y eso te fatiga, *te rompe tanto drama* (Adonái, 27 años, H2)

Estos relatos elaborados desde una posición privilegiada de varón profesionalista reproduce la lógica dogmática de dominio impresa en una identidad profesional en la que los testimonios y sentires no provenientes desde agentes “legítimos” para el campo médico, serán omitidos, desacreditados e incluso sancionados.

En este apartado se han podido explorar las expresiones de los internistas respecto a la construcción de la identidad profesional, se ha podido corroborar algunos postulados teóricos que refieren una lógica marcadamente jerárquica en el campo médico, dentro del cual se articulan ejercicios de abuso físico como elementos distintivos de la profesión, los cuales son adquiridos, legitimados y reproducidos por

los agentes de dicho campo (Castro & Erviti, 2015), de igual forma se ha podido entender la manera en que algunas lógicas discursivas elaboradas desde la matriz de género encuentran correlato con el desarrollo de la profesión médica, al punto de legitimar/obviar ejercicios de violencia.

#### 6.4 Yo, Superman. Sobre las experiencias en las interacciones erótico-afectivas y las nociones de cuidado.

El título de este apartado intenta expresar, por medio de la analogía al superhéroe,<sup>36</sup> un sentido de convergencia de elementos identitarios que confieren un sentido de protagonismo y autovalía que puede ser sobredimensionada en los varones. Es utilizada en este apartado porque, como se verá más adelante, es en el plano de la sexualidad donde los elementos identitarios no sólo se ponen en marcha y se interpretan, sino que son afianzados (o puestos en duda); es uno de los campos de interacción que mayor preponderancia otorgan los varones como elemento afianzador de su “deber ser”.

Uno de los primeros elementos que se buscó explorar es el de las experiencias que vivían los médicos respecto a las ITS en su vida como profesionistas de la salud, pero, sobre todo, respecto a su interacción erótico-afectiva. En este sentido, su campo semántico confiere un sentido negativo a las ITS (ver Ilustración 5), algo que era de esperarse, partiendo de la lógica higienista que se encuentra enraizada dentro del quehacer profesional de la medicina en México (López Sánchez, 1998).

El núcleo de la red está constituido por la palabra sexo, lo cual puede expresar que la práctica erótico-afectiva constituye el elemento predictor de la presencia de una ITS, lo cual constituye una lectura bastante cercana a lo expresado por información de organizaciones especializadas (UNAIDS, 2013); lo que salta a la vista en este campo semántico no son tanto los elementos epidemiológicos (tales como el contagio, la prevención, la protección), sino la presencia de algunas palabras que permiten mapear una estructura moral (tales como promiscuidad, irresponsabilidad) que, más que indagar en la causa de una posible infección elabora un juicio que atribuye una descripción negativa de la persona que vive con alguna de dichas infecciones. En este sentido, la expresión de los médicos parece empalmar y

---

<sup>36</sup> El cual constituye un elemento cultural en el que como algunos autores han expuesto, constituye el paradigma del hombre occidental: fuerte, seductor, independiente, con una capacidad sobrehumana para resolver problemas



confirmar las nociones elaboradas desde instituciones especializadas. De esta manera los médicos expresan que:

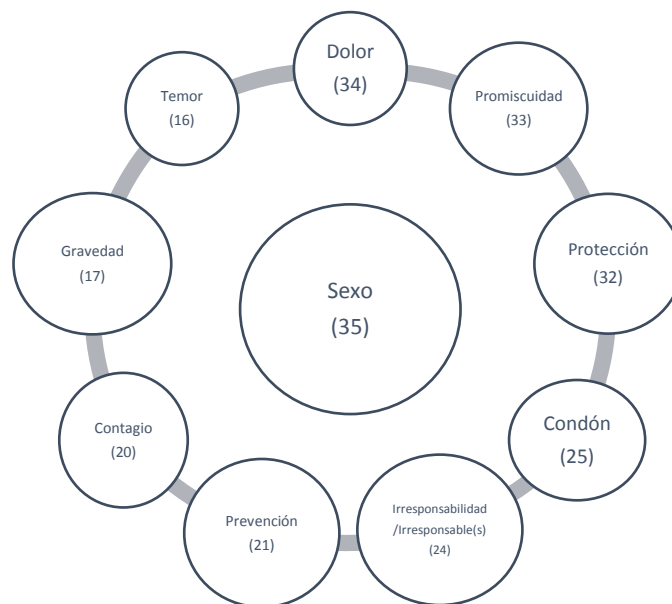
Las Infecciones de ese tipo ya sabes por qué se presentan. Es curioso que muchos pacientes te quieran ver la cara y te inventan unas historias que ni ellos las creen, y luego *les ves la cara y te das cuenta de que son inquietos*, pues se nota que son bien promiscuos, sólo que les encanta aparentar que no, pero *tú ya sabes*. Siempre hay al menos uno así (Dante, 24 años, H2)

Pues eso de que les entró una infección por la taza del baño o en la alberca todavía te toca escucharlos, y pues sí se pasan luego. *Le quieren ver la cara al que sabe*, cuando es eso nada más *hago como que le hago caso*, y le doy su receta *para no perder el tiempo regañando* (Carlos, 23 años, H2)

Es que si te infectas de algo es por güey, la neta es que luego no los entiendes, les dan condones gratis y todo y aun así se infectan. Obviamente no les dices, porque si no se te hace un show bien grande, pero pues luego si te da coraje que *pudiendo prevenir*, les gane la hormona (Jorge, 26 años, H3)

A partir de lo que los informantes comparten podemos visualizar la puesta en práctica de un saber institucionalizado que les convierte en expertos, cualidad que les faculta para *saber* qué es lo mejor para las personas (Castro & Erviti, 2015), llegando al punto de desacreditar las posibilidades de conocimiento derivado de los cuerpos por considerárseles saberes subjetivos y carentes de validez (Muñiz & List, 2007), de igual forma es interesante constatar un proceso de atribución realizado desde una posición aparentemente objetiva y científica, en el que el hecho de *mapear un rostro* posibilita determinar el tipo de conductas erótico-afectivas que sostienen las personas.

Ilustración 5. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "ITS"



Fuente: elaboración propia

En estas interacciones se articulan dos saberes prácticos (Castro & Erviti, 2015), por una parte el de un profesional que presupone la totalidad de conocimientos respecto a una serie de padecimientos y que, por ende se convierte en una especie de juez y parte, capaz de otorgar una noción simbólica que confiera sentido a la realidad del paciente al mismo tiempo que desarticule cualquier posibilidad de credibilidad por parte de éste (Foucault, 2003; 2007); el médico se convierte en una especie de sacerdote o juez capaz de determinar la veracidad de las narraciones, pero además, cuenta con la facultad de sancionar (regañar) al paciente en caso de determinar una incongruencia dentro de su narrativa. Un segundo saber puesto en esta interacción es el del paciente, quien por su parte *posee* una serie de síntomas y tratará de convencer al especialista de la salud de la veracidad de su sentir. Como puede comprobarse, en este sentido la interacción médico-paciente es una relación en la que se articulan múltiples niveles de poder, siendo uno de ellos en el que una

moral<sup>37</sup> se expresa, casi de manera imprescindible, con un saber presuntamente *objetivo, neutro, imparcial, científico*; encontrando en esta mezcla una forma de posicionar como *valido*, una serie de impresiones que trascienden el plano de la propia lógica científica.

La sanción por parte de los médicos se elabora a partir de dos faltas percibidas, por un lado, la de *infectarse voluntariamente*, pues los médicos perciben que los pacientes tienen todas las herramientas para prevenir esas situaciones y no lo hacen, es decir, entienden que la adquisición de la infección por parte del paciente se realiza de una forma, más o menos consciente, por lo cual se puede culpar al propio paciente de su *irresponsabilidad* por contraer esa infección. Un segundo elemento, y tal parece que es el de mayor peso, es el que se refiere a la imprudencia de algunos pacientes al mentir, es decir, en este sentido lo que se sanciona no es la adquisición de una infección sino el atrevimiento, por parte de simples profanos, de desafiar la capacidad de raciocinio del médico.

Menciono esto como un ejemplo que puede visibilizar la manera en que la medicina, como una disciplina con una serie de características conformadas histórica y culturalmente (Vigarello, 2006; Blazquez, 2008; Green, 2008) puede articular determinadas formas de violencia institucionalizada. La medicina cuenta, de esta manera, con el poder de crear lógicas específicas de interacción en el campo sexual; las cuales monitorean, definen y sancionan las prácticas sexuales. Esta definición de lo sano, se realiza a partir de una serie lógicas epistémicas que confieren un sentido incuestionable (Foucault, 2014).

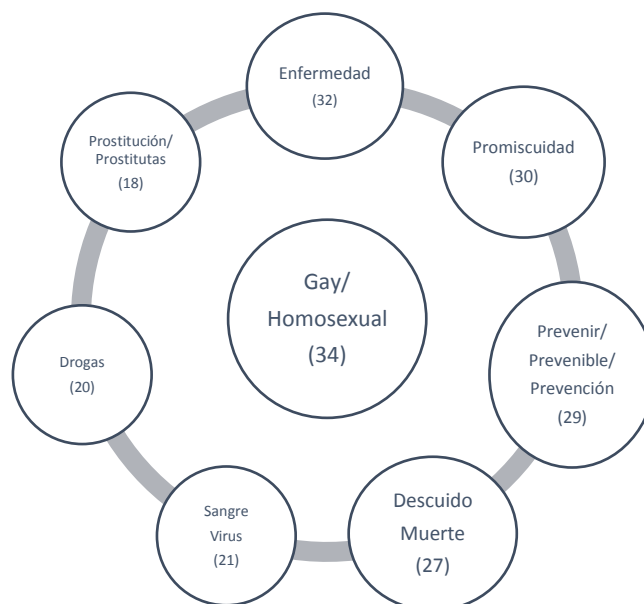
Estas nociones nos permiten ver que, los médicos como representantes de un poder-saber, confieren un sentido de alta responsabilidad a las acciones de las personas y la subsecuente adquisición de una infección de transmisión sexual. Este elemento encuentra una lectura significativa cuando se explora el campo semántico

---

<sup>37</sup> En este sentido una ¿moral? que identifica una serie de padecimientos como signos de una conducta sexual inapropiada. Esta moral va incluso más allá al prescribir que determinados rasgos fisiológicos posibilitan una lectura sobre la veracidad o falsedad de los testimonios de los pacientes.

referente al VIH-SIDA<sup>38</sup> (Ver Ilustración 6) en el cual las narrativas profesionales elaboradas desde el núcleo semántico parecen transparentarse con las elaboradas en informes o manuales (CIENI, INER, Fundación México Vivo, Grupo Medios, 2011; UNAIDS, 2013; CENSIDA, 2014; 2015) en el que se habla de una *población vulnerable* altamente focalizada, identificada, curiosamente, con personas sexo-genéricamente diversas, con prácticas sexuales no monogámicas o con sectores sociales excluidos como las trabajadoras sexuales y personas usuarias de drogas.

*Ilustración 6. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "VIH-SIDA"*



Fuente: elaboración propia

En este sentido, podemos ver cómo el núcleo conceptual respecto a esta red semántica identifica a la población gay-homosexual<sup>39</sup> como un elemento definitorio,

<sup>38</sup> Se tomo en consideración las precisiones realizadas por la Dra. Siobhan Guerrero respecto al uso de "VIH-SIDA" como sintagma y las implicaciones que genera esta asociación desdibujando componentes significativos entre ambos elementos que, si bien se encuentran relacionados, atienden a lógicas distintas. Sin embargo, debido al avance del trabajo de campo y la poca disposición de tiempos por parte de los informantes fue imposible atender a esta sugerencia de forma adecuada; asumo por completo las implicaciones que esta precisión, tan acertada, pueda tener respecto a la lectura que se haga de la información vertida, lo cual, considero, no limita los alcances globales de la información recabada y de los alcances comprensivos que la misma aporta.

<sup>39</sup> La discusión referente al término gay como categoría que aglutina de forma esquemática una multiplicidad de identidades sexo-genéricas y la forma en que este término ha terminado por ser incorporado a las lógicas

o cercano al concepto VIH-SIDA. Es interesante constatar cómo, al igual que en el caso de la red anterior, existen manifestaciones de índole moral (tales como promiscuidad y descuido) vinculados al concepto de VIH-SIDA, lo cual permite corroborar que estas nociones valorativas, realizadas por los médicos, se solapan con un discurso profesional; aunado a esto me parece de suma importancia hacer énfasis en la descripción de poblaciones socialmente estigmatizadas (tal es el caso del término prostitutas y drogas) como elementos que potencian la transmisión del VIH.

Un rasgo que también se encuentra presente es la *distancia* simbólica que confieren los médicos a partir de una doble noción: la de ser profesionales de la salud y la de ser varones, pues el VIH (y en su defecto el SIDA) es un concepto conferido a prácticas sexuales ajenas a la propia, en palabras de los informantes esta infección se visualiza como un potencial peligro, no por las prácticas sexuales, sino por el desempeño profesional:

(...) sí, uno como internista luego se expone a contraer un montón de infecciones, sobre todo a mí me da miedo el VIH. Pues porque *no sabes qué clase de persona* ingresa al hospital, y hay que atenderlo, uno no sabe si *traiga algo* y entonces, si uno no se cuida se infecta y pues ahí queda todo (Juan, 22 años, H1)

(...) en el caso del VIH sabes que sí hay casos de *pobres mujeres* que las infectan los maridos, pero en general los casos se dan por drogas o *promiscuidad*, es muy común, y más en *ciertos ambientes*, donde la protección es menos (Martín, 25 años, H2)

Estas aproximaciones respecto al VIH y al SIDA permiten atestiguar que los internos no se perciben en situación de riesgo, lo cual podría significar un cúmulo de

---

de un sistema económico que genera una noción dentro del imaginario social del gay como una persona con clase, cierto nivel socioeconómico y que viste de determinadas maneras, es algo que no podría ahondar por cuestiones de espacio, para una revisión bastante esclarecedora del concepto refiero al lector/a al trabajo de Núñez Noriega (2016) y el texto de López Penedo (2008).

información que les permite discernir y elaborar estrategias de cuidado mucho más elaboradas y eficientes que las empleadas por la población en general. Aunado a esto podríamos entender la distancia que, a nivel de los esquemas cognitivos, los informantes realizan respecto al VIH, identificándolo como un elemento correspondiente de una otredad no identificable como compatible con las definiciones subjetivas realizadas para consigo mismos.

El VIH, y en general las infecciones de transmisión sexual, son conceptualizadas como elementos ajenos a la masculinidad y el *habitus* médico. De esta forma, las ITS y el VIH pasan a ser catalogados como elementos a prácticas sexuales disidentes a la heteronorma; componentes fácilmente identificables con “ciertos ambientes” o con determinadas “clases de personas”, las cuales no corresponden con la definición de “normalidad” sexual:

Yo sé que ahorita hay mucho esa onda de la defensa de los derechos de los homosexuales y todo, pero es que en la escuela misma te lo dicen, ellos son *el principal foco* en cuanto a transmisión de ITS, sobre todo *por las prácticas y el estilo de vida que llevan*. Eso muchas veces la gente no lo entiende, prefieren hacer como que no ven, pero los datos están ahí (...) no es algo que diga yo (Edwin, 27 años, H1)

De esta forma, las verdades elaboradas desde el dispositivo médico y transmitidas en espacios como las universidades (o incluso en universidades-hospitales)<sup>40</sup> no son elementos que puedan someterse a la buena voluntad de los internos ni a sus cuestionamientos, algo que como puede verse sólo reproduce las lógicas elaboradas desde un modelo establecido para el estudio de determinadas infecciones-enfermedades. Los médicos han sido tan bien socializados que no indagan en esas “prácticas y estilos de vida”, sino que se convierten en *agentes* del campo y replican los elementos que les han sido transmitidos, sesgando de esta

---

<sup>40</sup> Empleo esta expresión para referirme a la práctica comúnmente realizada de impartir clases dentro de las instalaciones hospitalarias como parte del quehacer cotidiano de los internos, los residentes, e incluso, de algunos alumnos en época estudiantil.

manera, su visión respecto a determinadas relaciones dentro del *proceso salud-enfermedad*.

Esta expectativa del VIH como un rasgo distintivo de un “otros”, diferenciado de forma clara a partir de rasgos identitarios elaborados por parte de los profesionales permitió articular, en algunas entrevistas, el sentido de vulnerabilidad en el que se percibían los médicos respecto a contraer alguna ITS en general, y VIH en particular. La experiencia me parece concordante con la conformación de su *habitus* profesional, en este sentido la noción de contagio no sólo se visualiza como una posibilidad, sino como una práctica cotidiana que los médicos realizan en sus interacciones erótico-afectivas:

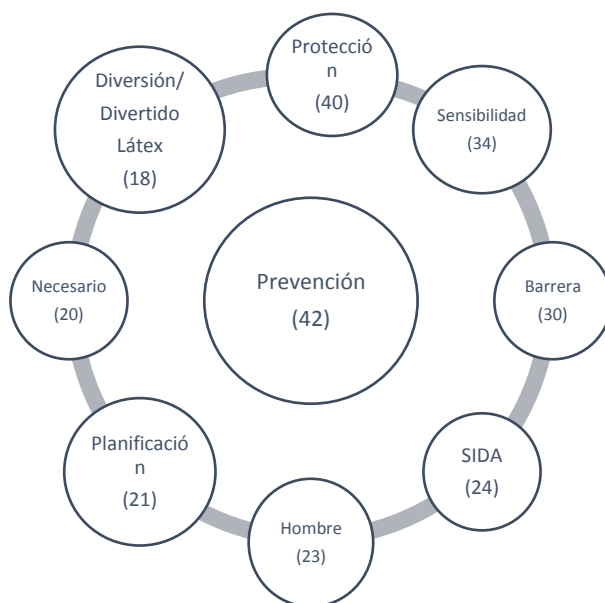
No pienso mucho en las ITS y el VIH, porque yo uso condón en todas mis relaciones sexuales, y lo promuevo con mis parejas. No hay forma de que pueda contraerlo, porque me cuido (Adonái, 27 años, H2)

Este testimonio permite leer, por un lado, la percepción que tienen los internos respecto a sí mismos como agentes de cambio (promoviendo el cuidado en sus relaciones erótico-afectivas), mientras que, en otro sentido, estos internos construyen una representación en la que la enfermedad no puede, ni remotamente, estar equiparada con su ser como varones, pero, sobre todo, como médicos.

El cuidado de sí, como puede verse a partir de estos testimonios iniciales, es un elemento autopercebido que, aparentemente, posibilita en ellos una capacidad de agencia dentro del campo sexual mucho más protegida. El conocimiento en este caso posibilita en los médicos elaborar testimonios desde el cuidado y la promoción del mismo. Estas elaboraciones a nivel de sus representaciones sociales son expresadas de forma clara en la representación de su mapa semántico referente al condón (ver Ilustración 7) el cual es percibido como una herramienta útil para la prevención y la protección además de elaborarse un constructo vinculado a la necesidad en las relaciones sexuales; de la misma forma, este campo semántico plasma una noción favorable respecto a su uso [tal es el caso de la palabra

“diversión”. Esta palabra expresa una aparente contradicción con lo que algunos estudios (Caballero Hoyos, 2005; Amuchástegui, 2007) han revelado respecto a los imaginarios conferidos al uso del condón y a las prácticas de cuidado. Estos estudios han demostrado una aparente lógica compartida entre los jóvenes de condón=aburrido]. Una lectura rápida de este mapa cognitivo refleja una construcción favorable del condón como elemento que puede emplearse de forma lúdica para la prevención y el cuidado, además de estar emparentado con una perspectiva planificada dentro de las relaciones sexuales, lo cual puede generar la idea de que atiende a una lógica mucho más responsable en el ejercicio de la sexualidad. Sin embargo, existen dos elementos que sobresalen de este mapa semántico: el término de hombre<sup>41</sup> y el de la sensibilidad,<sup>42</sup> aspectos que se ajustan más a una concepción no profesional del uso del condón.

*Ilustración 7. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "Condón"*



Fuente: elaboración propia

<sup>41</sup> Es importante resaltar el papel de las construcciones del género que se encuentran presentes en el uso o no uso del condón y que han conferido a la *buena voluntad masculina* la determinante de su implementación, lo cual confiere un sentido de grave riesgo, pues no constituye un elemento que se exprese como factible de negociación o acuerdo entre las parejas (Gayet, et al., 2003; Robles Montijo, et al., 2006).

<sup>42</sup> Como se ha visto, las expresiones de poca o nula sensibilidad son elementos recurrentes empleados por los varones para justificar su falta de uso del condón en las relaciones sexuales que sostienen, elemento que ha sido corroborado como un elemento perceptivo desarrollado desde una construcción subjetiva, más que atender a elementos de la sensibilidad real (Lameiras, et al., 2004; Soto, 2006).



Al hablar con los internos respecto al uso del condón, la generalidad expresó una visión “favorable” al mismo, manifestaban un uso frecuente del mismo en sus relaciones sexuales y enfatizaban el papel de la información en la transmisión de la información que remarcará la importancia del uso del mismo, de igual forma expresaron que la exigencia del uso del condón correspondía a ambas personas, no sólo al hombre. Sin embargo, esta primera impresión cambió cuando se planteó la posibilidad de que su pareja trajera condones en su bolsa o que vieran condones en su cuarto, en esta situación hipotética los testimonios son sustancialmente diferentes a la perspectiva “favorable” al condón, de esta forma lo expresan los internos:

Ahí sí ya no sabría qué decir, sí está bien el cuidado, pero si no los compramos juntos o *yo no se los dí* y veo que los trae pues se me haría, no sé, raro. Sí me sacaría de onda, porque *no entendería porque trae condones si yo no los compré* (Adonái, 27 años, H2)

(...) no sé qué pensar, digo no sé cómo reaccionaría, mira que me lo dices y me hace pensar muchas cosas, sí se me hace incómodo, no por el condón, sino *¿por qué lo trae en su bolsa?* (Juan, 22 años, H1)

Ya me pasó una vez y no es nada chido, te da cosa. No sabes qué hacer, o sea yo traía los míos y cuando me dijo “espérate deja saco un condón” pues *no supe qué hacer, como que te saca de onda* y piensas muchas cosas como el *por qué una chica decente tendría condones en su casa* (Edwin, 27 años, H1)

Pues sí es raro. No se me hace algo muy común. Te saca de onda ver algo así, se supone que uno es el que los carga, y, aun así, *como hombre a veces te da pena, una mujer es más raro* (Lucio, 26 años, H3)

Desde una lectura realizada desde los testimonios se puede corroborar un enlace entre determinadas nociones genéricas con las prácticas sexuales, en las que, un instrumento de cuidado, que en un inicio era visualizado como un elemento protector, que posibilitaba la prevención de algunos elementos nocivos para la salud, cuando se traslada a una situación personal (hipotética) en la que la

adquisición o posesión del condón se encuentra en posesión de otra persona, esa noción protectora asociada al condón se convierte en sospecha, pues una mujer que se responsabiliza de su sexualidad rompe por completo con la noción de un hombre que guíe la práctica y determine el uso o no del condón, que establezca los parámetros en los que deben realizarse los roces, las caricias, el ritmo; por esta situación es que “saca de onda”, es decir, rompe con el paradigma de un hombre sexualmente experto y desestabiliza los saberes prácticos adquiridos a partir de un rol sexual otorgado y asimilado a partir de la construcción de la diferencia sexual (Bourdieu, 2010). Como algunas investigaciones han resaltado (Gayet, et al., 2003; Pérez de la Barrera & Pick, 2006; Robles Montijo, et al., 2006; Soto, 2006; Valles Solís, 2011; García-Carpintero Muñoz, et al., 2014) el uso no consistente del condón como medida preventiva atiende, no sólo a lógicas acumulativas en las que la información se convertirá en un predictor de dicha conducta, sino a elementos de interacción basados en las relaciones de género.

Los internistas, en este sentido, no dejan de ser varones que han pasado por una serie de procesos socializadores que enfatizan algunos rasgos del género, los cuales pueden quedar vedados ante la elaboración de un discurso en el papel de profesionales, pero que, sin embargo, quedan expuestos ante situaciones más personales, las cuales constituyen un dilema para ellos en su papel de varones profesionalizados:

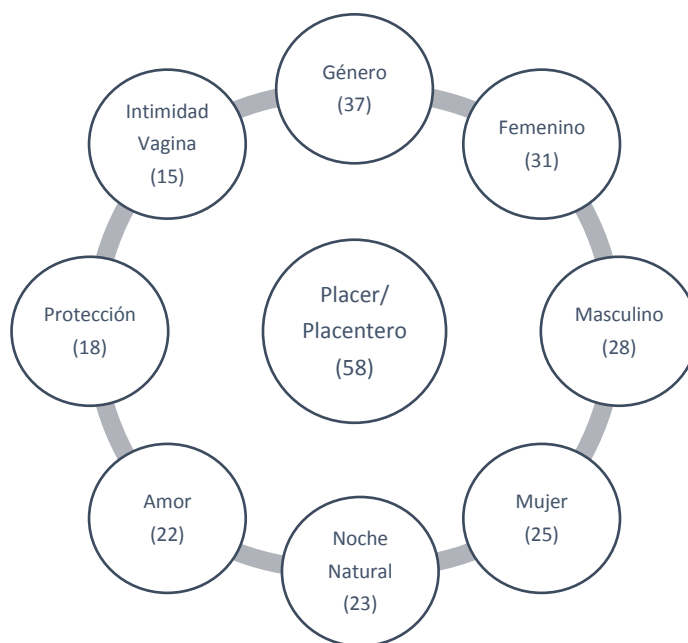
Yo siempre me sentí muy abierto respecto al tema, pero considero que, me gustaría conocer el origen de ese condón o algo así (Pedro, 23 años, H1)

De esta forma podemos corroborar que su *habitus* profesional posibilita la articulación de discursos elaborados desde el campo médico, los cuales confieren un sentido de veracidad a la realidad, la cual es leída e interpretada desde una posición *distante y objetiva*; de esta forma los médicos “saben” que el condón constituye una herramienta eficaz para la prevención del VIH, sin embargo estos saberes son sometidos a un entredicho cuando se trasladan a situaciones personales en las que algunos rasgos de género se expresan implícitamente a partir

de una imposibilidad para reaccionar ante hechos que salen de estos esquemas de *sentido común* elaborados desde su condición dual (no siendo los únicos elementos) de varones y médicos.

Continuando con la vinculación entre el género y la sexualidad, y siendo uno de los últimos elementos que se exploró en este trabajo, fue el de indagar respecto a la interpretación que realizan los internos respecto a la práctica sexual y a un momento prioritario de éste, el orgasmo (ver Ilustración 8 y 9). Ambas redes semánticas resaltan el papel placentero, e incluso podríamos aseverar que lúdico, de la relación sexual.

*Ilustración 8. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "Sexo"*



Fuente: elaboración propia

Por otro lado, cabe destacar el papel *heterosexuado* que se confiere a la relación sexual, así como al orgasmo (con categorías como femenino-masculino, hombre-mujer) aunado a un sentido, en apariencia exclusivo, *genitalista* (pene-vagina) que

imposibilita comprender los alcances de otras formas de expresión erótica. En un último momento, es importante rescatar el sentido conferido tanto a la categoría “sexo”, como a la de “orgasmo” como elementos vinculados al amor, una categoría que confiere, de nueva cuenta en un sentido bastante velado, una serie de constructos vinculados al género que posibilitan el acceso a prácticas sexuales desde de un proceso ventajoso para los hombres, disfrazado y naturalizado como una práctica no sólo benéfica, sino deseada (Bosch, 2007).

A partir de estos mapas semánticos se indagó respecto a las prácticas sexuales de los internos, uno de los temas que mayor dificultad implicó por los contenidos que dicho planteamiento supone, y que, en reiteradas ocasiones articulaba en ellos una posición de expertos, alejados de toda posible práctica de riesgo o ejercicio de violencia; pues, ante estas situaciones el *habitus* profesional “activaba” y desarrollaba testimonios bastante congruentes con un saber esperado de un profesionista de la salud. Esta situación queda claramente expresada en el siguiente testimonio:

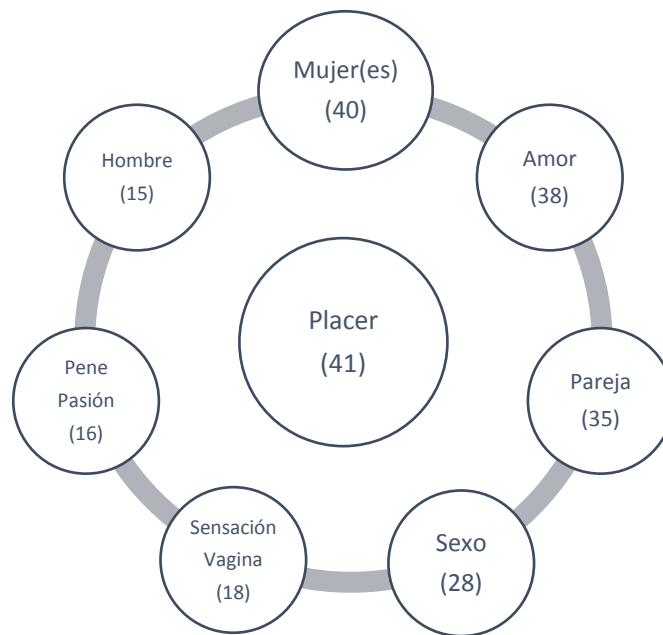
Los médicos sabemos por donde sí y por donde no, eso nos exime de muchos riesgos (Carlos, 23 años, H1)

No obstante, esta dificultad inicial, y derivado de la inercia de las charlas previas, algunos internos decidieron expresar de forma abierta algunos aspectos de la interacción sexual que bien ellos percibían como ajena, realizada dentro de los hospitales, o bien identificaban como propia pero no asumían como problemática.

De esta forma se pudo constatar que, en un primer momento el estatus y la posición ocupada por determinados sujetos dentro del campo confiere un acceso a determinados intercambios sexuales, los cuales son asumidos como un *derecho* que, además, cuenta con el respaldo (por omisión) de los demás integrantes de ese campo:

Pues en las fechas en las que ingresan nuevas internas los primeros que bajan a ver son los R4, y de ahí hacia abajo. Obviamente que los R4 no nos hablan, porque ellos ya *están a otro nivel*, pero sí es común que bajen y vean a las compañeras. Si alguna les gusta no la invitan a salir luego luego (sic), sino que les piden que hagan *guardias especiales*, y ya hasta sabes si rotas en “x” ese doctor es bien perro, las chavas lo saben y algunas hasta *lo aprovechan*, y pues es que imagínate, un *jefe*, por así decirlo te *echa el ojo*. Eso es súper frecuente, yo me acuerdo del doctor “x”, él sí se les acercaba a las compañeras y les decía que lo pasaran a ver para *despedirse* antes de irse, y ya luego a nosotros nos decía “a tal chava le choca el pito, tal es bien teta y no afloja”, y de ahí te enteras de un montón de cosas (Dante, 24 años, H2)

Ilustración 9. Esquema de estructura cognitiva grupal del estímulo "Orgasmo"



Fuente: elaboración propia

El conocimiento constituye un elemento que legitima ejercicios de poder, los cuales son vistos de manera natural por parte de quienes interactúan en el campo (Solís-Mendoza, 2014), de esta forma poseer un mayor capital *cultural* y *simbólico* dentro

del campo confiere un sentido de *acceso* a interacciones sexuales con personas en posiciones de menor rango dentro de la organización del campo. Pero, además, este ejercicio legitimado de violencia para acceder a los cuerpos de las compañeras internas refuerza el imaginario de *prestigio* masculino que se ha construido con base a una posición dentro del campo:

Pues creo que a veces *las compañeras se convierten en una especie de medallas*, sobre todo las que son más *payasas* para acostarse con los demás. Si te ligas a una de esas, te vuelves como más chingón, y obviamente hay chavas que con un interno pues no, *ellas saben lo que traen* y pues con puro interno, o hasta adscrito, porque ellos ya traen *otros niveles* (Edwin, 27 años, H1).

Uno de los rasgos de mayor relevancia es el hacinamiento y la manera en que las guardias posibilitan algunas prácticas sexuales que, debido a la lógica del propio campo son asimiladas y visualizadas como comunes:

En las miperas<sup>43</sup> es super frecuente que haya *quien se trae ganas y se las quita*. Es muy normal, todos lo hemos hecho alguna vez, aun los que tienen novio o novia, y pues es que pasas tanto tiempo con tus compañeros que le acabas agarrando cariño o les dices que si de “a cuates”, la bronca ahí es que si te cachan se vuelve un chismerío (Orlando, 23 años, H2)

Especular sobre la frecuencia o el tipo de relaciones que se sostienen dentro de esos espacios es algo que sería irresponsable, sin embargo, este breve testimonio ayuda a comprender la manera en que el hacinamiento, las lógicas de género y de la propia profesión, posibilitan la elaboración de una serie de interacciones que, de plantearse en otras circunstancias tal vez no pudieran realizarse de la misma manera (Collins, 2011). Al parecer, los intercambios sexuales en estas circunstancias de hacinamiento constituyen una práctica que, si bien no es realizada por todas las personas, cuenta con una serie de códigos que posibilitan su

---

<sup>43</sup> Hace referencia al espacio destinado para que los médicos internos puedan ir a dormir. Constituye, generalmente, en una habitación con camas tipo litera, y en algunos casos con baño para el aseo personal y lockers para sus pertenencias.

ejecución, además, de contar con un respaldo como elemento que se infiere ante el tiempo y tipo de relaciones que se establecen dentro del hospital:

Las miperas son *campo de cultivo* (risas), en algún momento todos, *aunque sea unos besos* sí se han dado. Yo creo que es porque estás tanto tiempo en el hospital que cuando existe la oportunidad pues debes aprovechar. Eso sí, como muchos tienen novia o novios, *nadie dice nada*, a menos que quieras joder a alguien. A veces pues le dices a quienes rotan contigo que si te cubren, otras veces aprovechas que hay poca (carga de trabajo) y *te das una escapada*. Hay rotaciones donde hay menos chance como en gineco, ahí sí andas todo el día en friega; pero hay otras donde sí te puedes dar tus escapadas. (...) y pues hay compañeros que sí se vuelven una especie de *cazanovias*, y pues ya todos saben, pero si aun así le quieren entrar, pues ya cada quien ¿no? (Jorge, 26 años, H3)

Estas interacciones erótico-afectivas no son exclusivas de los internos, sino que, por el contrario, constituyen un testimonio frecuente que es puesto en práctica, incluso, por los superiores, quienes aprovechando una posición ventajosa dentro del campo cuentan con el visto bueno y el respaldo de los demás miembros del campo

Pues a veces los residentes, no todos, pero no falta el que *es bien chingón*. Me acuerdo del doctor "S", bien rostro el güey, pero aparte *un genio*, estaba en interna. Ese doctor *le paso lista* a todas las chavas chidas de las rotaciones, lo más cabrón era que las compañeras lo buscaban porque ya se había hecho fama, pero aparte por su *inteligencia*. Bueno, por ejemplo, de él sí decían que hasta en las miperas o incluso en algún consultorio se metía con las internas y en alguna ocasión hasta yo sí lo vi con una enfermera que estaba haciendo prácticas, así que no lo dudo; además lo veías en *guardias especiales* con varias internas (Lucio, 26 años, H3)

Este testimonio contiene, por una parte, expresiones de verdad corroborada (ver al residente con una enfermera) que se entrelazan con elementos especulativos

(decían de él que en las miperas y que hasta en los consultorios) que construyen una inferencia que, cierta o no, constituye un elemento dentro del imaginario en el que el poder, el saber y el prestigio constituyen elementos que posibilitan el acceso a determinados “recursos” sexuales. En este sentido, la etiqueta de *chingón*, se adquiere a partir de qué tantas parejas sexuales se pueden tener dentro del mismo hospital, lo cual parece conferir un sentido bastante vinculado al sentido hegemónico de “ser hombre”, el cual, como se ha podido ver, confiere a las parejas sexuales un papel importante en la construcción-reafirmación de su identidad.

Un último elemento que me parece importante resaltar es el alcance que los médicos confieren al conocimiento como una herramienta para la prevención, de esta forma se preguntó a los informantes, una última sesión, sobre el uso constante del condón y las medidas implementadas para prevenir la transmisión de infecciones. De acuerdo con lo recabado puede verse que el uso del preservativo no se realiza de manera constante, pero además su uso se encuentra revestido por una serie de componentes románticos que confieren un sentido no de cuidado, más bien de sospecha, sobre todo cuando se emplea entre parejas formales:

Sí, sí lo uso. Bueno, con mis parejas formales, no. Se siente diferente, pero cuando sólo es por tener relaciones y no hay nada más pues lo usas, pero si son pareja *bien*, no hay necesidad con que tome pastillas (Victor, 24 años, H3)

Pues sólo cuando no conozco a la persona, en ese caso sí lo pides siempre. Ya si las conoces, pues *confías*, y pues no lo pides, o no siempre. Tiene que ver con esas relaciones en la que tienes demasiada confianza y pues no sientes la necesidad (Pedro, 23 años, H1)

Es así, como su condición de expertos no les exime de circunscribirse en un plano de creencias elaboradas desde y en el género, aspecto que se ve reflejado en esa percepción de “no necesitar” emplear el condón en determinadas relaciones pues se asocian con formalidad (“relaciones bien”) en las cuales la confianza confiere una noción suficiente para evadir la idea de infección.



Este último elemento encuentra su correlato respecto a qué tan susceptibles se encuentran los mismos internos para contraer alguna infección, aspecto que se arguye desde la posición de especialistas en el área de la salud, es así como los internos consideran no encontrarse en una situación de vulnerabilidad y mucho menos en considerar que realizan acciones que vulneran la integridad propia o de otras personas

Pues te das cuenta cuando alguien *trae algo*, no sé cómo explicarlo, pero te das cuenta. Cuando lo ves pues mejor ya ni le entras. Lo evitas (Edwin, 27 años, H1)

Este saber especializado confiere un sentido de invulnerabilidad dentro de las prácticas sexuales, lo que puede ser un elemento altamente riesgoso para la integridad de los internos, y en general, para las personas que laboran en el campo médico.

## 6.5 Yo, humano. Sobre el mito de la congruencia identitaria.

El quehacer de los médicos se construye a partir de una noción conformada desde la complejidad en la que se entrecruzan elementos de un sistema de género y pautas específicas de construir el pensamiento. Estos elementos transmiten a los médicos una noción de sí que se busca ajustar de manera constante a un modelo “lógico” en el que los saberes profesionales se ajustan a lógicas masculinas marcadas por una diferencia.

La propuesta de este trabajo no es desestimar o demeritar la labor que realizan los médicos internistas, y en general de ningún profesionista, sino comprender las lógicas que permiten a los actores actuar de una determinada manera dentro del campo profesional, aspecto que, a partir de los testimonios recabados, puede llevarnos a aseverar que, los médicos, aun incluso siendo expertos en el área de la salud, no dejan de ser personas atravesadas por lógicas del género, aspectos que confluyen en su desarrollo profesional y personal. Lo que realmente me gustaría resaltar son las implicaciones que estos imperativos de género pueden tener en la salud de los médicos internistas, las cuales pueden encontrar elementos que son afianzados y reforzados a partir de elementos de socialización realizados en el propio campo profesional.

Como ha podido verse el poder como elemento constitutivo de una identidad de género masculina puede rastrearse en campos de interacción sociales tales como los hospitalarios. En estos espacios la manifestación de rasgos tales como una *sexualidad coleccionista*,<sup>44</sup> el control corporal y emocional, el menosprecio hacia las narrativas de otras personas consideradas como de menor valía, una visión heterosexista y genital de la sexualidad, y las expresiones del riesgo con su inherente sentido de control. Este conglomerado de elementos puede cristalizarse desde la experiencia de los internos en su doble calidad de varones y profesionistas.

---

<sup>44</sup> Basada en la cantidad de parejas que se tiene como varón. Es decir, el parámetro para determinar el estatus que se confiere a un hombre radica, en uno de sus elementos, en la cantidad de parejas sexuales que haya tenido.

Nociones que, expresadas en sus interacciones erótico-afectivas, pueden conformar una serie de prácticas que atenten contra su integridad y la de sus parejas. Por esta razón me parece necesario profundizar en la manera en que los elementos identitarios de género y profesional convergen y construyen determinados correlatos respecto al hacer dentro del campo médico. Sólo de esta manera podrán construirse nuevas formas de interactuar más equitativas y justas en el personal de salud.

## 7. Conclusiones

La medicina es un campo profesional que, en un proceso histórico bastante largo, ha podido consolidar un objeto de estudio, la salud de las personas, que facilita la construcción de elementos profesionales que diferencian su labor del de otras profesiones. Esta especialización del campo médico ha elaborado un conjunto de prácticas, imaginarios, valores, ideales, afectos y performances que definen el ejercicio profesional, así la medicina no sólo refiere a una profesión, sino un entramado de elementos relacionados.

De esta forma, la medicina puede comprenderse desde tres grandes esferas analíticas que se vinculan entre sí: en elementos simbólicos (valores, creencias), sociales (prácticas sociales, formación educativa) y subjetiva (identidad profesional) dando sentido al campo como tal. Por lo tanto, las instituciones educativas encargadas de formar a los profesionistas médicos cuentan con instalaciones con especificaciones, transmiten valores y contenidos, los cuales a su vez son adquiridos y reproducidos por las personas.

La trayectoria para la conformación del saber médico, como un saber legítimo socialmente, tuvo implicaciones políticas en las que existieron prácticas de apropiación epistémica, coaliciones con sistemas de significación primaria como el género. De tal manera que la medicina, como campo profesional, logró consolidar su posición valorada socialmente a partir de una coalición con los postulados de la modernidad, alianza que permitió cimentar muchos aspectos masculinos como elementos sumamente preciados para el desempeño profesional.

Así, la medicina junto con la modernidad, sirvieron como mecanismos que incorporaron la perspectiva masculina como un eje fundamental del saber científico, por tal razón no resulta extraño el hecho de que la medicina fue una práctica realizada casi de forma exclusiva por los hombres por mucho tiempo.

En este sentido puedo afirmar que, a nivel simbólico, producto de los procesos históricos, políticos y sociales, la medicina es una práctica masculinizada, en el que

se articulan una serie de elementos idealizados que enaltecen actitudes como la *objetividad*, el distanciamiento afectivo, la apropiación de las corporalidades, el resalte de las diferencias (principalmente entre el profesionista y el “paciente”) que tienen correlatos masculinos dentro de la matriz de género.

Realizar un estudio sobre la práctica médica debe contemplar el desarrollo de ésta como el resultado de una serie de elementos sociales, histórica y culturalmente colocados, los cuales decantan en una forma de hacer medicina como la conocemos ahora, como una práctica sumamente refinada con prácticas, códigos, *ethos*, imaginarios y espacios bastante bien delimitados. Esta delimitación facilita la ubicación de los agentes; resulta más sencillo localizar a los profesionistas médicos que a los de psicología o sociología, por ejemplo.

En el caso de los MIP se vuelve paradigmático su abordaje al ser personas que han concluido los créditos académicos y que se encuentran realizando labores en hospitales, sin que por este motivo se les considere aún como médicos profesionales. Así, esta población puede ubicarse en distribuciones espaciales concretas, los hospitales y, además, han sido socializados a lo largo de cuatro años en espacios académicos.

Al haber sido formados como profesionistas médicos, los MIP se han convertido en voceros del campo profesional, ellos encarnan los mandatos y reproducen un *ethos* que confiere sentidos identitarios de dicha profesión. Por lo tanto, estos profesionistas representan el papel que ha sido elaborado en el campo del médico, a pesar de no ser reconocidos plenamente como tales por el mismo dispositivo. Es importante resaltar que este papel se ha ido construyendo desde los primeros días de formación, por lo tanto el realizar acciones “de médico” les resulta algo hasta natural .

Parte de los elementos que conforman esta representación identitaria encuentran correlatos con aspectos masculinos asimilados por los MIP a través de su socialización previa. Es interesante constatar como para estos hombres, la identidad profesional de médicos no se contrapone a las nociones masculinas desarrolladas previamente, sino que, por el contrario, forman una especie de

palimpsesto del cual *ser médico* reafirma, afianza y confirma aspectos de *ser hombre*, brindando capitales simbólicos, sociales, culturales e incluso sexuales que se activan en interacciones con otras y otros actores.

Una de las características de la organización del campo médico es su *verticalidad*, la cual se expresa en una organización rígida en la que existen jerarquías bastante claras y que deben respetarse a toda costa. Así, los MIP forman parte del escaño más bajo de la organización médica sin que esto represente un malestar para ellos, llegando incluso a *valorar* los castigos físicos, el desgaste psicológico y los tratos basados en la descalificación, todo esto a partir de concebirles como estrategias pedagógicas que ponen a prueba sus capacidades, principalmente de resistencia.

Esta capacidad de “aguante” proporciona insumos para la elaboración de una distinción profesional, pues como muchos de ellos llegaron a expresarlo: “medicina no es para cualquiera”, en este caso el cuerpo propio se somete al desgaste como parte de una estrategia por alcanzar la promesa de ascender en el escalafón de la estructura médica.

Las interacciones entre los médicos, los residentes y los MIP, al estar mediadas por la posición dentro del organigrama, se definen a partir del rango, siendo éste el medio que propicie la capacidad para ejercer castigo, premios, asignar tareas, establecer alianzas. Esta *pedagogía de la crueldad*, que enseña que la condición de rango faculta el ejercicio de la violencia, se establece como un *pacto patriarcal* en el que las interacciones sexuales forman parte de las relaciones mediadas entre varones. De esta forma, las compañeras que se encuentran en el hospital se convierten en una especie de insumo intercambiable, que es accesible a partir de los rangos dentro de la estructura. Como los mismos informantes lo reportan, las relaciones erotico-afectivas que establecen con sus compañeras se basan en una forma utilitaria de vincularse, de esta forma los residentes pueden imponer su capacidad para omitir castigos y así poder acceder a intercambios sexuales, algo que los MIP no pueden hacer y que, sin embargo, respetan e incluso aplauden.

Los MIP omiten los abusos cometidos en su contra pues el acceso a capitales (incluido el sexual) que invisten la figura de los residentes o los médicos adscritos resulta ser una promesa de gran interés.

De igual forma, estas imbricaciones entre los componentes profesionales y los genéricos de la identidad, pueden encontrarse en torno a las prácticas de cuidado al ejercer la sexualidad. A partir de los testimonios recabados podemos entrever que, a pesar de contar con información especializada respecto a las consecuencias de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo, los médicos reproducen los imaginarios masculinos respecto a la sexualidad.

Esto es de suma importancia, pues nos permite comprender los alcances de los elementos genéricos, los cuales preceden a la conformación de saberes profesionales, los cuales no contraponen, sino que refuerzan aspectos de género tradicional. Algunos informantes hablaron de alguna capacidad profesional para identificar la salud de sus compañeras sexuales, evadiendo así la responsabilidad del cuidado mutuo. Es decir, por haber estudiado medicina estos MIP tenían la facultad para detectar ITS con el sólo hecho de ver a la compañera sexual.

De igual forma estos especialistas de la salud llegaron a informar que el uso de condones se encuentra subsumido a la voluntad masculina, reaccionando ante la posibilidad de independencia sexual de sus compañeras; otro de los elementos de la masculinidad tradicional referente a la sexualidad femenina se encuentra en la sospecha o la descalificación de los ejercicios de las compañeras. En este sentido, y a pesar de contar con información de gran calidad, la interpretación que realizaron los MIP respecto al uso de condón es el de sospecha, no el de cuidado y prevención, algo que ha sido confirmado en otros estudios.

Aunado a esto podemos ver como los participantes cuentan con valoraciones positivas de aquello que es identificado como masculino, en detrimento de lo que ellos vinculan con lo femenino, es decir, podría aseverar que dentro de sus estructuras de interpretación los aspectos tradicionales del género siguen afianzados esquemas muy rígidos del “ser hombres”. Estos esquemas permean una noción de invulnerabilidad a las prácticas sexuales de riesgo, vinculando éste a

sectores socialmente estigmatizados como la población LGBTI frente a quienes los MIP marcan un distanciamiento.

He mencionado que parte del solapamiento entre los elementos identitarios profesionales y genéricos se encuentran las conductas sexuales de riesgo, el uso utilitario de los placeres y las disposiciones corporales basadas en el castigo y el desgaste; en relación con este aspecto podemos encontrar el distanciamiento y/o aplanamiento afectivo como un elemento de valía profesional: un verdadero médico es aquel que no se permite sentir, pues eso no ayuda en mucho al usuario. Como puede verse, este aspecto encuentra similitudes con las elaboraciones hegemónicas del “hacerse hombre”, pues lo emocional no forma parte del campo de vivencias esperadas en un hombre, lo emocional es un campo experiencial femenino.

El trabajo no pretende desestimar los alcances de la medicina como disciplina, sino que busca rescatar la interpretación de esta como disciplina socialmente enmarcada en la que los varones, al ser agente socializados dentro de una matriz de género, reproducen pautas de “lo masculino” dentro de su formación profesional, encontrando concomitancias entre lo que implica ser médico y ser hombre.

Evidentemente los alcances de este trabajo son limitados a partir de la población a la que se tuvo acceso, en este sentido uno de los grandes huecos es el de no haber rescatado las narrativas de compañeras MIP, lo cual podría complementar el boceto realizado de los hospitales, sin embargo, por las limitaciones de acceso esto fue imposible.

Sería aventurado afirmar que estas expresiones son idénticas en todos los centros médicos y de la salud, sin embargo, considero que a partir de la metodología empleada puede esbozarse una posible ruta para comprender los elementos que subyacen a los ejercicios profesionales, los cuales no se trazan en el vacío, sino que se vinculan con elementos previos de la identidad de los sujetos. A partir de la información recabada puedo asegurar que, si bien existen diferencias entre las experiencias de los informantes, éstos también cuentan con narrativas similares que se han ido elaborando a partir de los espacios que han compartido, de los discursos



hegemónicos de su profesión, de su ser hombre y de su ejercicio dentro de una estructura vertical como lo es la medicina hospitalaria.

Sin duda es necesario elaborar más proyectos que profundicen en la experiencia del personal médico, sin embargo, considero que lo alcanzado en este estudio puede ser un buen pretexto para elaborar nuevas y mejores posibilidades de investigación.

## Bibliografía

- Aguilera Arévalo, H. E., 2010. El uso de redes semánticas naturales en las representaciones sociales de la responsabilidad. *Revista Internacional de Psicología*, 11(2).
- Alfie, M. & Méndez, L., 2000. La sociedad del riesgo: amenaza y promesa. *Sicológica*, 15(43), pp. 173-201.
- Álvarez, S., 2001. Diferencia y teoría feminista. En: E. y V. M. (. Beltrán, ed. *Debates Teóricos Contemporáneos*. Madrid: Alianza.
- Ambriz Pérez, M., 2005. *Construcción del rol de maternidad y su relación con la formación de la identidad genérica femenina en la cultura mexicana*. Pachuca: UAEH (Tesis de licenciatura).
- Amorós, C., 1987. Espacio de los iguales, espacio de las idénticas. Notas sobre el poder y principio de reivindicación. *Arbor: Ciencia, pensamiento y cultura*, Issue 503-504, pp. 113-128.
- Amuchástegui, A., 2007. Ética, deseo y maculinidad: la difícil relación entre lo sexual y lo reproductiva. En: A. Ana & I. Szasz, edits. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 121-139.
- Ayús Reyes, R. & Tuñón Pablos, E., 2007. Piernas de gelatina. Reflexiones sobre relatos de experiencia sexual coital entre jóvenes varones del sureste de México. En: A. Amuchástegui & I. Szasz, edits. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 311-341.
- Badinter, E., 1993. *XY. La identidad Masculina*. Madrid: Alianza.
- Bárcena Gaona, S., Rendón Ruezga, G. & Robles Montijo, S. S., 2011. Factores asociados a la conducta sexual protegida: una revisión. En: *Salud y Sexualidad* . México: AMEPSO, UNAM/FES Iztacala, CONACyT, pp. 5-47.
- Barrantes Valverde, K. & Cubero Cubero, M. F., 2014. La maternidad como constructo social determinante en el rol de feminidad. *WIMB LU*, Volumen 1, pp. 29-42.
- Bauman, Z., 2004. *Modernidad líquida*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U., 1998. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Bertaux, D., 1989. Los relatos de vida en el análisis social. *Historia, antropología y fuentes orales*, Issue 1, pp. 87-96.
- Blazquez Graf, N., 2008. *El retorno de las brujas. Incorporación, aportaciones y críticas de las mujeres a la ciencia*. Ciudad de México: UNAM/CEIICH.

- Blázquez Graf, N., Flores Palacios, F. & Rpios Everardo, M. (., 2012. *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales*. Ciudad de México: UNAM/CEIICH.
- Bleichmar, S., 2009. *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires: Paidós. Psicología profunda.
- Boltansky, L., 1975. *Los usos sociales del cuerpo*. Argentina: Periferia.
- Bonino Méndez, L., 2004. Los Micromachismos. *La Cibeles*, Issue 2.
- Bonino Méndez, L., s.f.. *Micromachismos: la violencia invisible en la pareja*. [En línea] Available at: [http://laciutatinvisible.coop/wp-content/uploads/2014/05/micromachismos\\_0.pdf](http://laciutatinvisible.coop/wp-content/uploads/2014/05/micromachismos_0.pdf) [Último acceso: 23 Mayo 2014].
- Bonino, L., 2002. Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes*, Issue 6, pp. 7-35.
- Bosch, E., 2007. *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Islas Baleares: Ministerio de Igualdad-Instituto de la Mujer.
- Bourdieu, P., 1997. *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P., 1998. *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P., 2000. Existir para la mirada masculina: la mujer ejecutiva, secretaria y su falda. *Letra S*.
- Bourdieu, P., 2002. Estrategias de reproducción y modos de dominación. *Colección pedagógica universitaria*, Issue 37-38, pp. 1-21.
- Bourdieu, P., 2009. *La eficacia simbólica. Religión y Política*. Buenos Aires: Biblos.
- Bourdieu, P., 2010. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L., 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: XXI.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L., 2007. *El sentido práctico*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Bruner, J., 1995. *Actos de significado*. Madrid: Alianza Editorial.
- Butler, J., 1999. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Caballero Hoyos, J. R., 2005. Las concepciones culturales sobre el VIH/SIDA de los y las adolescentes urbanos favorecen el desarrollo de prácticas sexuales de riesgo. En: B. Rasmussen Cruz & A. San Martín, edits. *Investigaciones en Salud de Adolescentes II (1999-2003)*. Guadalajara: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicio del Adolescente/Organización Panamericana de la Salud, pp. 47-52.
- Caballero Hoyos, J. R. & Villaseñor Sierra, A., 2001. El estrato socioeconómico es un factor predictor del uso constante del condón en adolescentes de Guadalajara, México. *Revista de Saúde Pública*, Volumen 35, pp. 531-538.

- Caballero Hoyos, J. R. & Villaseñor Sierra, A., 2003. *Factores de desigualdad social asociados a la presencia de Infecciones de Transmisión Sexual, en población joven y adulta en México*. Guadalajara, VII Reunión Nacional de Investigación Demográfica de la Sociedad Mexicana de Demografía.
- Caballeros Hoyos, J. R., 2005. Factores de riesgo para la transmisión de ITS/SIDA. En: B. Rasmussen Cruz & A. H. San Martín, eds. *Investigaciones en Salud de Adolescentes II (1999-2003)*. Guadalajara: Unidad de Investigación epidemiológica y en servicio del adolescente/ Organización Panamericana de la Salud, pp. 41-45.
- Calvo, G., 2006. *Máscaras masculinas*. Barcelona: Anagrama.
- Candaup-Ortega, M., 2010. El currículum oculto de la formación del médico. El caso de de la subespecialidad en cirugía plástica, estética y reconstructiva.. *Educación Médica*, 13(2), pp. 101-105.
- Casas Patiño, D., Torres, A. R., Patiño, I. C. & Castillo, C. G., 2013. Médicos residentes en México: tradición o humillación. *Medwave*, 13(7).
- Castro, R., 2000. *La vida ante la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: UNAM/CRIM.
- Castro, R., 2011. *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial/CRIM.
- Castro, R., 2011. *Teoría Social y Salud*. Argentina: Lugar Editorial-CRIM.
- Castro, R., 2013. Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comiciones de derecos humanos en el campo de la salud reproductiva. En: C. Agoff, I. Casique & R. Castro, eds. *Visible en todas partes. Estudios sobre la violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. Cuernavaca: Porrúa, CRIM, pp. 145-199.
- Castro, R., 2014a. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, Issue 2, pp. 197-197.
- Castro, R., 2014b. Pautas de género en el desarrollo del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), pp. 339-351.
- Castro, R., 2014b. Pautas de género en la conformación del habitus médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica. *Salud Colectiva*, 10(3), pp. 339-351.
- Castro, R. e. I. C., 2010. *Violencia en el noviazgo entre los jóvenes mexicanos*. Cuernavaca: UNAM/CRIM.
- Castro, R. & Erviti, J., 2009. *Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico respecto a los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Río de Janeiro, Asociación de Estudios Latinoamericanos.

- Castro, R. & Erviti, J., 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: UNAM-CRIM.
- Castro, R. & Vázquez García, V., 2009. Masculinidad hegemónica, violencia y consumo de alcohol en el medio universitario. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, Volumen 14, pp. 701-719.
- Castro, R. y. V. V. G., 2008. La universidad como un espacio de reproducción de la violencia de género. Un estudio de caso en la Universidad Autónoma Chapingo, México. *Estudios sociológicos del Colegio de México*, XXVI(7).
- CENSIDA, 2014. *Informe Nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA*, México: CENSIDA.
- CENSIDA, 2015. *La epidemia del VIH y el SIDA en México*, México: CENSIDA.
- Chirinos, J., Bardale, O. & Segura, M., 2006. Las relaciones coitales y la percepción de riesgo de adquirir ETS/SIDA en adultos jóvenes varones de Lima, Perú. *Cad. Saúde Pública*, 22(1), pp. 79-85.
- Chong Villareal, F., López-Gutiérrez, C. & Torres López, T., 2003. *Estructura de la representación social del SIDA en adolescentes escolares urbanos de tres ciudades mexicanas. Cartel Presentado en el X Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, 2 al 5 de marzo.*. Cuernavaca, Morelos, s.n.
- CIENI, INER, Fundación México Vivo, Grupo Medios, 2011. *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. México: Versión electrónica.
- Citeroni, T. & Cervantes-Carso, A., 2004. Protección, afirmación y sexualidad sin poder: un proyecto político y normativo para la construcción de los derechos sexuales. *Estudios demográficos y urbanos*, 19(1), pp. 687-715.
- Collins, R., 2011. *Cadenas rituales de interacción*. Ciudad de México: Anthropos/UAM-Atzacapoztalco/FCPyS-UNAM/Universidad Nacional de Colombia.
- Collipal Larré, E., 2002. Conceptualización a través de las redes semánticas naturales de los módulos de aprendizaje en anatomía humana. *Revista chilena de anatomía*, 20(1).
- Conell, R., 2015. *Masculinidades*. México: PUEG.
- Conell, R. W., 1987. *Gender and Power. Society, the person and sexual politics*. Oxford: Polity Press.
- Conway, J. K. B. S. C. S. J. W., 2003. El concepto de género. En: M. [.] Lamas, ed. *El género. La construcción cultural de la diferencia*. México: UNAM/PUEG.
- Corsi, J. (., 1996. *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Cortés-Flores, A. O. y otros, 2005. Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gaceta médica de México*, 141(14).

- Cucchiari, S., 2015. La revolución de género y la transición de la horda bisexual a la banda patrilocal: los orígenes de la jerarquía de género. En: M. (. Lamas, ed. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México: s.n., pp. 171-250.
- De Barbieri, T., 1993. Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica. *Debates en sociología*, Issue 18, pp. 145-169.
- De Barbieri, T., 1997. *Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género*. [En línea] Available at: [http://portales.te.gob.mx/genero/sites/default/files/Teresita%20de%20Barbieri%20Certezas%20y%20malos%20entendidos\\_0.pdf](http://portales.te.gob.mx/genero/sites/default/files/Teresita%20de%20Barbieri%20Certezas%20y%20malos%20entendidos_0.pdf) [Último acceso: 25 Julio 2016].
- De Keijzer, B., 2010. *Masculinidades, violencia, resistencia y cambio*. Xalapa: Universidad Veracruzana: Tesis de Doctorado.
- De Lauretis, T., 1987. Tecnologías del género (Versión en español del capítulo introductorio). En: *Technologies of gender. Essays in theory, film and fiction..* Bloomington: Indiana University Press, pp. 131-163.
- De Oliveira Arraes, C. y otros, 2013. La masculinidad, la vulnerabilidad y la prevención de ETS/VIH/SIDA entre los adolescentes varones: las representaciones sociales en un asentamiento de la reforma agraria. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(6), pp. 1266-1273.
- Dolcini, H., 2015. Modernidad, ciencia y medicina. *Revista Asociación Médica Argentina*, 128(2), pp. 29-33.
- Domínguez Ruvalcaba, H., 2013. *De la sensualidad a la violencia de género. La modernidad y la nación en las representaciones de las masculinidad en el México contemporáneo*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Publicaciones de la Casa Chata.
- Duarte Quapper, K., S.F.. *Cuerpo, poder y placer. Disputas de hombres jóvenes de sectores empobrecidos..* Chile, s.n.
- Duque Acosta, C., 2010. Judith Butler: performatividad de género y política democrática radical. *La manzana de la discordia*, 5(1), pp. 27-34.
- ENSANUT, 2012. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Erviti Erice, J., 2013. Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicio de salud reproductiva. En: C. Agoff, I. Casique & R. Castro, edits. *Visible en todas partes. Estudios sobre la violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. Cuernavaca: Porrúa, CRIM, pp. 119-142.
- Espinar Ruiz, E. & R. H. J. A., 2014. *Producción del espacio y desigualdades de género. El ejemplo del campus de Alicante*. [En línea]

Available at: <http://web.ua.es/es/cem/documentos/publicaciones/cuadernos-de-trabajos-de-investigacion/1-produccion-del-espacio.pdf>

[Último acceso: 30 Mayo 2014].

- Fausto Sterling, A., 2006. *Cuerpos sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Federici, S., 2004. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Tráficantes de sueños.
- Femenías, M. L. & Rossi, P. S., 2009. Poder y violencia sobre el cuerpo de las mujeres. *Sociologías*, Issue 21, pp. 42-65.
- Follingstad, D. e. a., 1991. Sex differences in motivation and effects in dating violence. *Family Relations*, 40(1).
- Foucault, M., 1990. Tecnologías del yo. . En: *Tecnologías del yo. Y otros textos afines.*. Barcelona: Paidós, pp. 45-94.
- Foucault, M., 2002. *La arqueología del saber*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M., 2003. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología a la mirada médica*. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M., 2006. *El orden del discurso*. Madrid: Tusquets.
- Foucault, M., 2007. *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M., 2008. *Tecnologías del Yo y otros textos afines*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M., 2012. *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Foucault, M., 2014. *Historia de la Sexualidad T.1. La Voluntad del Saber*. México: Siglo XXI.
- García Villanueva, J., 2008. El hombre Joven. Hacia una nueva categoría para comprender la identidad masculina en los jóvenes . En: C. y. M. L. Q. S. [ Fonseca Hernández, ed. *Temas emergentes en los estudios de género*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- García-Carpintero Muñoz, M. A., Gonçalves Nitschk, R. & Dutra Throll, A., 2014. Conductas sexuales en el cotidiano de adolescentes y jóvenes de la cultura hip hop. *Texto & Contexto, Enfermagem*, 23(1).
- Garda, R., 2007. La construcción social de la violencia masculina. Ideas y pistas para apoyar a los hombres que desean dejar su violencia. En: A. Amuchástegui & I. Szasz, edits. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 635-681.
- Gayet, C. J. F., Pedrosa, L. A. & Magis, C., 2003. Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud Pública de México*, Volumen 45.
- Giddens, A., 1993. *Las consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.

- Giddens, A., 1998. *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.
- Gomes, R. & Couto, M., 2014. Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género. *Salud Colectiva* , 10(3), pp. 353-365.
- Gómez Solórzano, M., 2007. Masculinidad en la "sociedad del riesgo". En: *Reflexiones sobre las masculinidades y empleo*. Ciudad de México: UNAM/CRIM, pp. 33-57.
- González-López, G., 2012. Desde el otro lado: reflexiones feministas para una sociología de la violencia sexual. En: P. Ravelo Blancas & H. Domínguez Rivalcaba, edits. *Diálogos interdisciplinarios sobre la violencia sexual (antología)*. Ciudad de México: Ed. Diversidad sin violencia; Ediciones Eón; FONCA; The University of Texas at El Paso/Chicano Studies; Lozano Long Institute of Latin American Studies at The University of Texas at El Paso, pp. 69-89.
- Green, M., 2008. *Making women's medicine masculine. The rise of male authority in pre-modern gynaecology*. New York: Oxford University Press.
- Greig, A., 2003. *HIV Prevention with Men: Toward Gender Equality and Social Justice*. Brazilia, United Nations.
- Guerra Manzo, E., 2010. La teoría sociológica de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus. *Estudios Sociológicos*, 28(83), pp. 383-409.
- Güida, C., 2003. El papel de los servicios de salud reproductiva en la consolidación de las masculinidades hegemónicas.. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, VI(3), pp. 69-84.
- Gutmann, M., 2007. Hacia el Dominio del cuerpo varonil: los impulsos sexuales y la salud reproductiva masculina. En: A. Amuchástegui & I. Szasz, edits. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 411-431.
- Hawkesworth, M., 1999. Confundir el género (Confounding gender). *Debate Feminista*, Issue 20, pp. 3-48.
- Hernández Angueira, L., 2008. El imaginario de la sexualidad y la representación de género en Puerto Rico 1950-200. *Revista de Ciencias Sociales*, Issue 19, pp. 128-149.
- Hernández Loya, F., 1998. *Aplicación de la técnica de redes semánticas a tres conceptos asociados a relaciones de pareja: amor, celos y temor (tesis de licenciatura)*. Saltillo, Coahuila: Universidad de Sonora.
- Hernández-Vargas, C. & Dickinson-Bannack, M., 2014. Importancia de la inteligencia emocional en medicina. *Investigación en Educación Médica*, 3(11), pp. 155-160.
- Herrera Flores, J., 2006. Colonialismo y violencia. Bases para una reflexión pos-colonial desde los derechos humanos. *Revista Crítica de Ciencias Sociales*, Issue 75, pp. 21-40.
- Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.



- Jarillo Soto, E. C., Delgadillo Gutiérrez, H. J. & Granados Cosme, J. A., 2000. Conocimientos sobre el SIDA entre los estudiantes de medicina de tres universidades mejicanas. *Revista especializada de Salud Pública*, 74(2), pp. 177-187.
- Kimmel, M. S., s.f. *Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina*. [En línea]  
Available at: <http://www.caladona.org/grups/uploads/2008/01/homofobia-temor-vergüenza-y-silencio-en-la-identidad-masculina-michael-s-kimmel.pdf>  
[Último acceso: 25 Agosto 2014].
- L. Cox, G. R. R. A. a. J. T., 2004. Knowledge Attitudes and Sexual Practices of Medical Students towards HIV/AIDS. *Caribbean Quarterly*, 50(1), pp. 28-38.
- L. Ramírez, R. & García Toro, V., 2002. Masculinidad hegemónica, sexualidad y transgresión. *Centro Journal*, XIV(1), pp. 5-25.
- Lagarde, M., 2003. *Los cautiverios de las mujeres. Madres, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Laín Entralgo, P., 1978. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat.
- Lamas, M., 2003. Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". En: M. [Lamas, ed. *El género. La construcción cultural de la diferencia*. México: UNAM/PUEG..
- Lameiras Fernández, M., Rodríguez Castro, Y., Calado Otero, M. & González Lorenzo, M., 2004. Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Univ. Psychol. Bogotá*, 3(1), pp. 27-34.
- Laqueur, T., 1990. *La construcción del sexo. Cuerpo y género de los griegos a Freud*. Madrid: Cátedra.
- Laqueur, T., 1994. *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Barcelona: Cátedra.
- Le Breton, D., 1990. *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, D., 1992. *La sociología del cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Leoni, A. F. e. a., 2005. Conductas sexuales y riesgo de infecciones de transmisión sexual en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional de Córdoba. *DST. Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 17(2).
- Levinas, E., 2000. *La huella del otro*. México: Taurus.
- Lipovetsky, G., 2006. *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Anagrama.
- Lomas, C., 2004. ¿Los chicos no lloran. En: C. [Lomas, ed. *Los chicos también lloran. Identidades masculinas, igualdad entre los sexos y coeducación*. México: Paidós Ecuador.
- López Penedo, S., 2008. *El laberinto queer. La identidad en tiempos de neoliberalismo*. Madrid: Egales.

- López Sánchez, O., 1998. *Enfermas, Mentirosas y Temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*. Ciudad de México: CEAPAC, Plaza y Váldes Editores.
- Lorente Acosta, M., 2001. *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Luco, A., s.f.. *El sexo imaginario*. s.l., s.n.
- Lyotard, J.-F., 1987. *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*. Madrid: Cátedra.
- Meraz García, M., Solano Solano, G., Del Castillo Arreola, A. & Mejía Castillo, E., 2012. *Evaluación e intervención en psicología. Planteamientos teóricos y empíricos*. Pachuca: UAEH.
- Moliner, M., 2007. *Diccionario del uso del Español*. Madrid: Gredos.
- Montesinos, R., 2002. *Las rutas de la masculinidad*. Barcelona: Gedisa.
- Mora Pisano, A. R., 2011. *“Es tu palabra contra la de...” La institucionalización de la violencia hacia las alumnas en la Universidad Autónoma Chapingo (Tesis de Maestría)*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Moscovici, S., 2010. *Psicología Social T.II*. Barcelona: Paidós.
- Muñoz, E. & List, M. (., 2007. *Pensar el cuerpo*. Ciudad de México: UAM.
- Núñez Noriega, G., 2007. La producción de conocimientos sobre los hombres como sujetos genéricos: reflexiones epistemológicas. En: A. Amuchástegui & I. Szasz, edits. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 39-71.
- Núñez Noriega, G., 2015. *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*. Ciudad de México: El Colegio de Sonora/UNAM/Instituto de Investigaciones Sociales/PUEG/CIAD.
- Núñez Noriega, G., 2016. *¿Qué es la diversidad sexual?*. México: UNAM/PUEG-CIAD.
- Olavarría, J., 2004. Modelos de masculinidad y desigualdades de género. En: C. [.] Lomas, ed. *Los chicos también lloran. Identidades masculinas, igualdad entre los sexos y coeducación*. México: Paidós Ecuador.
- Ortiz Gómez, T., 2002. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: E. Ramos, ed. *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en la salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, pp. 29-42.
- Ortner, S., 1979. ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. En: O. Harrys & K. Young, edits. *Antropología y feminismo*. Barcelona: Anagrama.
- Ortner, S. B. & Whitehead, H., 2015. Indagaciones acerca de los significados sexuales. En: M. Lamas, ed. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México: PUEG, Bonilla Arriaga Editores, pp. 123-170.

- Osborne, R. & Molina, C., 2008. Evolución del concepto de género (selección de textos de Beauvoir, Millet, Rubin y Butler). *EMPIRIA*, Issue 15, pp. 147-182.
- Parrini, R., 2007. El espejo invertido. Los estudios de poder en los estudios de masculinidad: entre la dominación y hegemonía. En: A. Amuchástegui & I. Szasz, edits. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 95-117.
- Parrini, R. & Hernández, A., 2012. *La formación de un campo de estudios. Estado del arte sobre sexualidad en México 1996-2008*. Ciudad de México: Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos humanos.
- Pérez de la Barrera, C. & Pick, S., 2006. Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(3), pp. 333-340.
- Pineda Galán, C., 2012. *Inteligencia emocional y bienestar personal en estudiantes universitarios de ciencias de la salud*. Málaga: Universidad de Málaga (Tesis Doctoral).
- Piñero Ramírez, S. L., 2008. La teoría de representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *CPU-e. Revista de Investigación Educativa*, pp. 1-19.
- Ponce, P., 2012. Un acercamiento a la construcción social de la sexualidad para reflexionar la violencia sexual. En: P. Ravelo Blancas & H. Domínguez Ruvalcaba, edits. *Diálogos interdisciplinarios sobre violencia (Antología)*. Ciudad de México: Ed. Diversidad sin violencia; Ediciones Eón; FONCA; The University of Texas at El Paso/Chicano Studies; Lozano Long Institute of Latin American Studies at The University of Texas at El Paso, pp. 91-115.
- Pozas Horcasitas, R., 2006. *Los nudos del tiempo. La modernidad desbordada*. Ciudad de México: Siglo XXI-IIS.
- Ramírez Rivera, C. A. & Núñez Luna, D. A., 2010. Violencia en la relación de noviazgo en jóvenes universitarios: un estudio exploratorio. *Enseñanza e investigación psicológica*, 15(2).
- Ramírez Solórzano, M. A., 2012. La violencia masculina como proceso de socialización. En: C. N. d. I. D. Humanos, ed. *Masculinidades, género y derechos humanos*. México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Rasmussen-Cruz, B., Hidalgo-San Martín, A. & Alfaro-Alfaro, N., 2003. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México*.
- Reyes-Lagunes, I., 1992. Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Psicología social y personalidad*, IX(1), pp. 81-97.

- Rich, A., 1996. Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA. Revista d'Etudis Feministes*, Issue 10, pp. 15-42.
- Rivero Escamilla, G., 2015. *Masculinidad aprendida: factores intrincados para la transmisión de VIH entre hombres de la Ciudad de México*. Ciudad de México: UNAM (Tesis de maestría).
- Robles Montijo, S., Alfonso, P. L. J. & Moreno Rodríguez, D., 2006. Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(2).
- Robles, B., 2011. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, Issue 52, pp. 39-49.
- Rocha Sánchez, T. E., Díaz Loving, R. & Tárano Vázquez-Mellano, M., 2011. Los motivos por los que mujeres y hombres tienen sexo: ¿construyendo nuevas reglas?. En: *Salud y Sexualidad*. México: AMEPSO, UNAM/FES Iztacala, CONACyT, pp. 149-180.
- Rodríguez Martínez, Y., 2007. La interpelación del sujeto: género y erotismo en hombres jóvenes de la Ciudad de México. En: A. Amuchástegui & I. Szasz, eds. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 343-394.
- Roger Ciurana, E. & Lobo, C. R., 2011. Reflexiones sobre la identidad. *Ciencias Sociales Unisinos*, 47(1), pp. 98-100.
- Rojas Wiesner, M. L., 2008. Lo biográfico en sociología. Entre la diversidad de contenidos y la necesidad de especificar conceptos. En: M. L. Tarrés, ed. *Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. Ciudad de México: Miguel Ángel Porrúa, Colegio de México, FLACSO México, pp. 171-197.
- Rojas, O. & Castrejón, J. L., 2011. Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones por grupos sociales. *Estudios demográficos y urbanos*, 26(1), pp. 75-111.
- Rojas-Solís, J., 2013. Violencia en el noviazgo de universitarios en México: Una revisión. *Revista internacional de Psicología*, 12(2).
- Rostagnol, S., 2003. "El club de Toby". Los espacios entre-hombres en la construcción de la masculinidad. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, VI(3), pp. 27-34.
- Rubin, G., 2006. El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. En: M. Lamas, ed. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México: PUEG, Bonilla Arteaga Editores, pp. 35-92.
- Schiebinger, L., 2004. *¿Tiene sexo la mente? Las mujeres en los orígenes de la ciencia moderna*. Madrid: Cátedra.

- Scott, J., 2015. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: M. Lamas, ed. *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual.*. Ciudad de México: PUEG, Bonilla Artigas Editores, pp. 251-290.
- Seidler, V., 2005. Masculinidad, moralidad y modernidad. *DUODA, Revista d'Etudis Feministes*, Issue 28, pp. 123-138.
- Seidler, V., 2007. Los hombres jóvenes y las masculinidades. En: A. Amuchástegui & I. Szasz, eds. *Sucede que me canso de ser hombre... Relatos y reflexiones sobre hombres y masculinidades en México.* Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 395-409.
- Seidler, V. J., 2000. *La sinrazón Masculina. Masculinidad y teoría social.* México: UNAM-Paidós.
- Serret, E., 2004. Mujeres y hombres en el imaginario social. La impronta del género en las identidades. En: M. I. G. Cosío, ed. *Mujeres y sociedad en el México contemporáneo: nombrar lo innombrable.* México: Miguel Ángel Porrúa, Tec. de Monterrey, Cámara de Diputados LIX Legislatura. , pp. 1-24.
- Serret, E., 2006. *El género y lo simbólico. La construcción de la identidad femenina.* Oaxaca: Instituto de la Mujer Oaxaqueña.
- Serret, E., 2011. Hacia una redefinición de las identidades de género. *GénEros. Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, Issue 9, pp. 71-97.
- Shooter, J., 2001. *Realidades conversacionales.* Buenos Aires: Amorrótu.
- Sierra, F., 1998. Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En: L. J. Galindo Cáceres, ed. *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación.* México: Pearson, pp. 277-345.
- Solís-Mendoza, F. J., 2014. *La brujas en el terreno de los semidioses: Estudiantes de medicina frente a los avatares de la cultura profesional médica.* Ciudad de México: Tesis de Licenciatura.
- Soto, V., 2006. Factores asociados al uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(2), pp. 152-159.
- Taylor, S. & Bogdan, R., 1987. La entrevista a profundidad. En: S. Taylor & R. Bogdan, eds. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación.* Barcelona: Paidós, pp. 100-146.
- Theodore, F. A., Luna, J. P. G., Torres, P. & Gabriela, 2004. El sexo recompensado: una práctica en el centro de la vulnerabilidad (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Pública de México*, 46(2).
- Toquero Hernández, M. & Salguero Velázquez, M., 2013. Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *La ventana*, Issue 38, pp. 372-404.
- Torres Falcón, M., 2013. Desigualdad social y violencia de género: hostigamiento, violación, feminicidios. En: C. Agoff, I. Casique & R. Castro, eds. *Visible en todas partes.*

*Estudios sobre la violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. Cuernavaca: Porrúa, CRIM, pp. 23-48.

- Trueba Lara, J. L., 2007. *Historia de la Sexualidad en México*. Ciudad de México: Grijalbo.
- Tuñón, E. & Eroza, E., 2001. Género y sexualidad adolescente. La búsqueda de un conocimiento huidizo. *Estudios Sociológicos*, 19(55), pp. 209-226.
- UNAIDS, 2013. *Informe sobre a epidemia mundial del SIDA 2013, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida*, s.l.: ONUSIDA.
- UNAIDS, 2016. *AIDSinfo*. [En línea]  
Available at: <http://aidsinfo.unaids.org/>  
[Último acceso: 2 septiembre 2016].
- Vaillant, M. y otros, 2013. Mortalidad por causas violentas en hombres de la provincia de Santiago de Cuba durante 2011. *MEDISAN*, 17(5).
- Valdez Medina, J. L., 2000. *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. Toluca: UAEM.
- Valles Solís, M. O. e. a., 2011. Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, Volumen 19.
- Vargas-Garduño, M. d. L., Méndez Puga, A. M. & Vargas Silva, A. D., 2014. *La técnica de redes semánticas naturales modificadas y su utilidad en la investigación cualitativa*. Heredia, Costa Rica, Encuentro Latinoamericano de Metodología en las Ciencias Sociales.
- Vera Noriega, J. Á., 2005. Redes semánticas: métodos y resultados. En: *Perspectivas teórico-metodológicas en representaciones sociales*. Paraíba: Editorial Universitaria-UFPB, pp. 489-509.
- Vera Noriega, J. Á., Pimentel, C. E. & Batista de Albuquerque, F. J., 2005. Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. *Ra Ximhai*, 1(3), pp. 439-451.
- Vetere, P., 2006. *El modelo médico hegemónico y su reproducción en el perfil de médico que promueve la facultad Cs. Médicas de la UNLP*. De La Plata: Universidad Nacional de la Plata (Tesis de licenciatura).
- Vigarello, G., 2006. *Lo sano y lo malsano. Historias de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada.
- Vigarello, G., 1991. *Lo limpio y lo sucio. Higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vigarello, G., 2006. *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada.
- Weeks, J., 1998. *Sexualidad*. Ciudad de México: Paidós-PUEG.

- West, C. & Zimmerman, D. H., 1999. Haciendo género. En: M. Navarro & C. Stimpson, edits. *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 109-144.
- Wittig, M., 2006. El pensamiento heterosexual. En: *El pensamiento heterosexual*. Barcelona: Egales, pp. 36-57.

## Anexos

**Tabla 1 Resultados del pilotaje de la prueba. Obtención de los estímulos verbales con mayor valor m.**

<i>Categorías</i>	<i>Subcategorías</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Estímulos verbales</i>
<i>Habitus Médico</i>	Entrenamiento para la incertidumbre	Altos niveles de estrés	Estrés
		Fatiga física/emocional/psicológica	
	Entrenamiento para la atención distante	No demostración de afectos	Paciente
		Poca asertividad y/o empatía	
		Operatividad racional	
	Entrenamiento para el manejo de errores/fracasos	Racionalización de las acciones	Muerte Enfermedad
	Marcada división de trabajo con base al género	Comparaciones ventajosas	Hospital Medicina
		División/ejecución de tareas con base al género	
		Acoso sexual	
		Chistes/burlas por condición de género	
	Poder/status	Violencia simbólica	Poder Violencia
		Ejercicio institucionalizado de la violencia (violencia institucional)	
Capital simbólico			
Jerarquización	Castigo como método pedagógico	Guardias (médicas) Castigo	



		Desamparo aprendido	
		Abuso de autoridad	
<i>Masculinidad tradicional (identidad de género tradicional)</i>	Uso utilitario de la razón	Negación de emociones y/o sentimientos propios y ajenos	Razón Emoción
		Anulación de opiniones alternativas a la propia	
	Virilidad	Afrontar retos	(ser) Hombre
		No mostrar debilidad	
	Exacerbación de actividad sexual	Mayor prestigio ante iguales	
		Demostración de poder (capacidad) sexual	
	Distanciamiento afectivo	Poca o nula empatía	
		Poca o Nula asertividad	
	Heterosexualidad obligatoria	Sexualidad utilitaria	Placer Pene Vagina Orgasmo Sexo
		“Feminización” de expresiones no genitales de la actividad sexual	
	Egocentrismo con base a género	Protagonismo en las actividades diarias	
		Menosprecio de los logros femeninos	
		Comparaciones ventajosas	
	Poder/violencia	Autoposicionamiento privilegiado	Diferencia sexual Violencia de género Violencia sexual
Imaginario de superioridad a partir de discursos biologicistas.			

		Uso justificado de la violencia para conservar privilegios	
		Invisibilización de ejercicios de violencia(s)	
Conductas sexuales de riesgo	Múltiples parejas sexuales	Ventaja sobre otros hombres	
		Virilidad/Capacidad para poder sostener múltiples relaciones sexuales	
		Aprovechar oportunidades	
	Sostener relaciones sexuales sin condón	Fidelidad	Condón VIH/SIDA
		Noción de limpieza/suciedad	
		Menor sensibilidad/placer	
	Sostener relaciones sexuales bajo el influjo de sustancias	Mayor duración	Alcohol Marihuana
		Incremento de los sentidos/Mayor placer	
		Situación Propicia	
	Coito anal	Justificada ante consumo de sustancias y en determinadas situaciones	Homosexualidad

**Tabla 2 Desglose de categorías conceptuales para la construcción de estímulos verbales**

Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P.S.
	Ponderación	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
Estrés	Frec.	2	4	2	1	3	4	5	1	1	0	142
	V.P.	20	36	16	7	18	20	20	3	2	0	
Paciente	Frec.	2	3	4	3	2	4	1	3	0	0	145
	V.P.	20	27	32	21	12	20	4	9	0	0	
Muerte	Frec.	0	1	0	2	3	2	3	1	2	9	79
	V.P.	0	9	0	14	18	10	12	3	4	9	
Enfermedad	Frec.	3	2	2	1	5	2	1	6	1	0	135
	V.P.	30	18	16	7	30	10	4	18	2	0	
Enfermera	Frec.	0	0	0	1	0	2	1	1	8	10	50
	V.P.	0	0	0	7	0	10	4	3	16	10	
Medicina	Frec.	6	6	2	1	3	2	3	0	0	0	177
	V.P.	60	54	16	7	18	10	12	0	0	0	
Hospital	Frec.	4	6	3	3	2	2	2	0	1	0	171
	V.P.	40	54	24	21	12	10	8	0	2	0	
Violencia	Frec.	0	0	0	2	1	0	0	5	7	8	57
	V.P.	0	0	0	14	6	0	0	15	14	8	
Guardias (Médicas)	Frec.	5	4	4	3	2	2	1	1	0	1	169
	V.P.	50	36	32	21	12	10	4	3	0	1	
Castigo	Frec.	7	4	3	0	0	2	5	2	0	0	166
	V.P.	70	36	24	0	0	10	20	6	0	0	
Razón	Frec.	5	4	1	0	0	0	0	8	3	2	126
	V.P.	50	36	8	0	0	0	0	24	6	2	
Emoción	Frec.	0	2	1	0	0	0	0	5	9	6	65
	V.P.	0	18	8	0	0	0	0	15	18	6	
(Ser) Hombre	Frec.	8	5	3	2	0	0	1	2	1	1	176
	V.P.	80	45	24	14	0	0	4	6	2	1	
Placer	Frec.	3	5	1	1	0	0	3	2	6	2	122
	V.P.	30	45	8	7	0	0	12	6	12	2	
Pene	Frec.	0	0	0	0	0	0	0	6	8	9	43
	V.P.	0	0	0	0	0	0	0	18	16	9	
Vagina	Frec.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	22	24
	V.P.	0	0	0	0	0	0	0	0	2	22	
Orgasmo	Frec.	5	6	3	3	0	0	2	3	0	1	167
	V.P.	50	54	24	21	0	0	8	9	0	1	
Sexo	Frec.	8	5	6	0	0	1	0	0	0	3	181
	V.P.	80	45	48	0	0	5	0	0	0	3	
Diferencia Sexual	Frec.	2	3	1	1	0	1	5	3	5	2	108
	V.P.	20	27	8	7	0	5	20	9	10	2	
Violencia de género	Frec.											0
	V.P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Violencia Sexual	Frec.	1	1	0	1	0	0	3	2	7	8	66
	V.P.	10	9	0	7	0	0	12	6	14	8	
Condón	Frec.	7	6	5	0	0	0	0	1	2	2	173
	V.P.	70	54	40	0	0	0	0	3	4	2	
VIH/SIDA	Frec.	12	7	4	0	0	0	0	0	0	0	215
	V.P.	120	63	32	0	0	0	0	0	0	0	
Alcohol	Frec.	0	0	0	0	0	0	0	0	10	13	33
	V.P.	0	0	0	0	0	0	0	0	20	13	
Homosexualidad	Frec.											0
	V.P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

## Instrumento 1. Redes semánticas.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y  
SOCIALES  
MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS Y  
SOCIALES.**



Edad: \_\_\_\_\_

Relación de pareja actual: Sí/No

Lugar en el que estás rotando actualmente: \_\_\_\_\_

A continuación se te presentan una serie de palabras, lee con atención y escribe las palabras que de acuerdo a tu opinión se relacionen con cada una.

Una vez que termines jerarquiza las palabras por orden de importancia del 1 al 10 siendo el número 1 para la palabra más importante y el número 10 la menos importante.

Recuerda que el objetivo no es evaluarte, por lo cual no existen respuestas correctas o incorrectas, sólo nos interesa conocer tu opinión.

Agradecemos mucho tu participación.

### **EJERCICIO DE PRUEBA**

**MANZANA**

**3 Fruta**

**2 Coctel**

**1 Sabrosa**

**8    Árbol**

**5    Jugo**

**6    Roja**

**7    Verde**

- **Medicina**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- **Mujer**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- **Sexo**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



- **Hospital**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Ser hombre

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

• **Condón**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- **Orgasmo**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- **VIH/SIDA**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Instrumento 2. Guion de entrevista a profundidad.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
MÉXICO  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y  
SOCIALES  
MAESTRÍA EN ESTUDIOS POLÍTICOS Y  
SOCIALES.



- Podrías contarme un poco ¿cómo ha sido tu experiencia como estudiante de medicina?
- ¿Qué dificultades has vivido como MIP?
- ¿Considerarías que existe una diferencia en el desempeño profesional entre hombres y mujeres? ¿Por qué?
- ¿Consideras que tu desempeño como MIP afecta tu vida personal? ¿En qué medida?
- ¿Qué elementos consideras que marcarían una diferencia entre una paciente mujer y un paciente hombre?
- Hablando un poco de los pacientes, me gustaría saber tu opinión respecto a los derechos sexuales y reproductivos/ ¿Consideras que las personas ejercen su sexualidad de forma responsable? ¿Por qué consideras eso?
- ¿Qué tan vulnerable crees estar (tú) ante la posibilidad de contraer ITS?
- Muchas personas perciben que el condón reduce aspectos sensibles en el momento de sostener relaciones sexuales ¿Qué opinas al respecto? / ¿Con qué frecuencia lo empleas (condón)?/ ¿Has sostenido alguna relación sexual sin condón? ¿Podrías compartir esa experiencia?
- ¿Consideras que los estudiantes de medicina están mejor preparados al momento de prevenir la transmisión infecciones o enfermedades (de cualquier tipo)?

- Algunos estudios expresan que el uso del condón es un método mayormente masculino, pues muchas veces la determinación de su uso radica en la voluntad del hombre ¿Crees que sea realmente así? ¿por qué?

**Tabla 3. Resultados de la muestra de redes semánticas, por definidora y elementos más cercanos al núcleo conceptual.**

Conjunto SAM		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P.S.
	Ponderación	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
Paciente	Fracc.	1	0	0	2	1	2	0	0	0	0	
	V.P.	10	0	0	14	6	10	0	0	0	0	40
Salud	Fracc.	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	
	V.P.	10	9	8	0	0	0	4	3	0	1	35
Ciencia	Fracc.	1	1	0	0	0	0	1	2	0	1	
	V.P.	10	9	0	0	0	0	4	6	0	1	30
Difícil	Fracc.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
	V.P.	10	9	0	0	0	0	0	0	2	0	21
Doctor/Doctores	Fracc.	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	
	V.P.	0	9	8	0	0	0	4	0	0	0	21
Inteligencia	Fracc.	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	
	V.P.	0	0	8	0	0	10	0	0	2	0	20
Escuela	Fracc.	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	
	V.P.	10	0	0	0	0	0	4	6	0	0	20
Medicamento	Fracc.	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	
	V.P.	0	9	0	7	0	0	0	3	0	1	20
Guardia	Fracc.	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	
	V.P.	0	18	0	0	0	0	0	0	0	1	19
Hospital	Fracc.	0	0	0	0	1	0	1	0	3	1	
	V.P.	0	0	0	0	6	0	4	0	6	1	17

*Ilustración 10 Definidora: medicina*



Conjunto SAM		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P.S.
Definidora	Orden	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
Amor	Fracc.	1	2	0	1	0	0	0	0	0	0	
	V.P.	10	18	0	7	0	0	0	0	0	0	35
Belleza/ Bellas	Fracc.	0	0	1	0	1	0	2	2	1	0	
	V.P.	0	0	8	0	6	0	8	6	2	0	30
Zapatillas/ Zapatos	Fracc.	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	
	V.P.	20	0	0	0	0	0	0	6	4	0	30
Atenta/ Atención	Fracc.	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	
	V.P.	0	9	8	0	6	5	0	0	0	0	28
Madre	Fracc.	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	
	V.P.	20	0	0	0	0	0	0	0	2	3	25
Bondad/ Bondadosa	Fracc.	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	
	V.P.	0	9	0	7	0	5	0	0	0	1	22
Bonita	Fracc.	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	
	V.P.	0	0	8	7	0	5	0	0	0	0	20
Inteligente	Fracc.	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	
	V.P.	10	0	0	0	6	0	4	0	0	0	20
Hijos	Fracc.	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	
	V.P.	0	0	8	0	6	0	0	0	2	0	16
Pareja	Fracc.	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	
	V.P.	0	0	0	7	0	0	4	3	0	0	14
Vida	Fracc.	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
	V.P.	0	9	0	0	0	5	0	0	0	0	14

Ilustración 11 Definidora: Mujer

Conjunto SAM		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P.S.
Definidora	Orden	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
Placer/ Placentero	Fracc.	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	
	V.P.	20	9	16	7	6	0	0	0	0	0	58
Género	Fracc.	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	
	V.P.	30	0	0	0	0	0	4	3	0	0	37
Femenino	Fracc.	0	2	0	0	1	1	0	0	1	0	
	V.P.	0	18	0	0	6	5	0	0	2	0	31
Masculino	Fracc.	0	0	2	1	0	0	1	0	0	1	
	V.P.	0	0	16	7	0	0	4	0	0	1	28
Mujer	Fracc.	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0
	V.P.	0	18	0	0	0	0	4	3	0	0	25
Noche	Fracc.	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	
	V.P.	0	9	0	14	0	0	0	0	0	0	23
Natural	Fracc.	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	
	V.P.	0	9	0	14	0	0	0	0	0	0	23
Amor	Fracc.	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	
	V.P.	0	0	16	0	6	0	0	0	0	0	22
Protección	Fracc.	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	
	V.P.	0	0	8	0	6	0	4	0	0	0	18
Intimidad	Fracc.	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	
	V.P.	0	9	0	0	6	0	0	0	0	0	15
Vagina	Fracc.	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	
	V.P.	0	0	0	7	0	5	0	0	2	1	15

Ilustración 12 Definidora: Sexo

Conjunto SAM													
Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		P.S.
	Ponderación	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
Doctor(es)/ Médico(s)	Fracc.	1	2	1	0	0	0	1	0	1	1		
	V.P.	10	18	8	0	0	0	4	0	2	1		43
Enfermera(s)	Fracc.	1	0	2	0	1	2	0	0	0	0		
	V.P.	10	0	16	0	6	10	0	0	0	0		42
Enfermos	Fracc.	1	1	0	0	1	3	0	0	0	0		
	V.P.	10	9	0	0	6	15	0	0	0	0		40
Guardia	Fracc.	0	2	1	1	0	0	0	0	0	1		
	V.P.	0	18	8	7	0	0	0	0	0	1		34
Trabajo	Fracc.	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0		
	V.P.	0	0	8	14	0	5	0	0	0	0		27
Salud	Fracc.	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0		
	V.P.	10	0	0	0	6	0	8	0	2	0		26
Enfermedad (es)	Fracc.	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1		
	V.P.	0	0	16	7	0	0	0	0	0	1		24
Cansancio	Fracc.	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
	V.P.	10	9	0	0	0	0	0	3	0	0		22
Aprender/ Aprendizaje	Fracc.	0	0	0	1	1	0	1	0	0	2		
	V.P.	0	0	0	7	6	0	4	0	0	2		19
Cirugía	Fracc.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
	V.P.	10	9	0	0	0	0	0	0	0	0		19

Ilustración 13 Definidora: Hospital

Conjunto SAM												
Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P.S.
	Ponderación	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
Responsabilidad/ Responsable	Fracc.	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	
	V.P.	30	9	8	0	0	0	0	0	0	0	47
Trabajo/ Trabajador	Fracc.	0	1	0	1	2	0	0	1	1	0	
	V.P.	0	9	0	7	12	0	0	3	2	0	33
Honestidad/ Honesto	Fracc.	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	
	V.P.	0	18	0	14	0	0	0	0	0	0	32
Fortaleza/ Fuerza/ Fuerte	Fracc.	0	0	0	1	0	1	2	1	0	1	
	V.P.	0	0	0	7	0	5	8	3	0	1	24
Amabilidad/ Amable	Fracc.	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	
	V.P.	10	0	0	7	6	0	0	0	0	0	23
Caballerosidad/ Caballeroso	Fracc.	0	0	0	0	2	1	0	1	0	0	
	V.P.	0	0	0	0	12	5	0	3	0	0	20
Valentía/ Valiente	Fracc.	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	
	V.P.	0	0	0	0	6	5	4	3	0	0	18
Protector	Fracc.	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	
	V.P.	0	9	0	0	0	5	0	3	0	0	17
Médico	Fracc.	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
	V.P.	10	0	0	0	0	0	4	0	2	0	16
Pene	Fracc.	0	0	0	1	0	0	0	0	2	4	
	V.P.	0	0	0	7	0	0	0	0	4	4	15

Ilustración 14 Definidora: Ser hombre

Conjunto SAM													
Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		P.S.
	Ponderación	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
Prevención	Fracc.	1	0	2	0	0	2	0	2	0	0		
	V.P.	10	0	16	0	0	10	0	6	0	0		42
Potección	Fracc.	2	2	0	0	0	0	0	0	1	0		
	V.P.	20	18	0	0	0	0	0	0	2	0		40
Sensibilidad	Fracc.	2	1	0	0	0	1	0	0	0	0		
	V.P.	20	9	0	0	0	5	0	0	0	0		34
Barrera	Fracc.	0	0	0	1	2	2	0	0	0	1		
	V.P.	0	0	0	7	12	10	0	0	0	1		30
SIDA	Fracc.	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0		
	V.P.	0	9	0	7	6	0	0	0	2	0		24
Hombre	Fracc.	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0		
	V.P.	0	0	8	0	6	0	4	3	2	0		23
Planificación	Fracc.	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0		
	V.P.	0	9	0	7	0	5	0	0	0	0		21
Necesario	Fracc.	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	V.P.	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0		20
Diversión/ Divertido	Fracc.	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
	V.P.	10	0	8	0	0	0	0	0	0	0		18
Látex	Fracc.	1	0	0	0	0	0	1	0	1	2		
	V.P.	10	0	0	0	0	0	4	0	2	2		18

Ilustración 15 Definidora: Condón

Conjunto SAM													
Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		P.S.
	Ponderación	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)		
Sexo	Fracc.	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1		
	V.P.	10	9	8	7	0	0	0	0	0	1		35
Dolor	Fracc.	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0		
	V.P.	20	0	8	0	6	0	0	0	0	0		34
Promiscuidad	Fracc.	0	2	1	0	1	0	0	0	0	1		
	V.P.	0	18	8	0	6	0	0	0	0	1		33
Protección	Fracc.	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0		
	V.P.	20	9	0	0	0	0	0	3	0	0		32
Condón	Fracc.	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0		
	V.P.	0	9	16	0	0	0	0	0	0	0		25
Irresponsabilidad/ Irresponsable (s)	Fracc.	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
	V.P.	20	0	0	0	0	0	4	0	0	0		24
Prevención	Fracc.	0	0	0	1	1	0	2	0	0	0		
	V.P.	0	0	0	7	6	0	8	0	0	0		21
Contagio	Fracc.	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0		
	V.P.	0	9	0	7	0	0	4	0	0	0		20
Gravedad	Fracc.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
	V.P.	10	0	0	7	0	0	0	0	0	0		17
Temor	Fracc.	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0		
	V.P.	0	9	0	7	0	0	0	0	0	0		16

Ilustración 16 Definidora: ITS

Conjunto SAM												
Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P.S.
	Ponderación	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
Placer	Fracc.	3	0	1	0	0	0	0	0	0	3	
	V.P.	30	0	8	0	0	0	0	0	0	3	41
Mujer(es)	Fracc.	1	1	0	1	0	0	0	4	1	0	
	V.P.	10	9	0	7	0	0	0	12	2	0	40
Amor	Fracc.	0	2	0	2	0	0	0	2	0	0	
	V.P.	0	18	0	14	0	0	0	6	0	0	38
Pareja	Fracc.	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	
	V.P.	10	0	8	7	6	0	4	0	0	0	35
Sexo	Fracc.	0	0	0	0	2	2	0	0	3	0	
	V.P.	0	0	0	0	12	10	0	0	6	0	28
Sensación	Fracc.	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	
	V.P.	10	0	0	0	0	5	0	3	0	0	18
Vagina	Fracc.	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
	V.P.	10	0	0	7	0	0	0	0	0	1	18
Pene	Fracc.	0	0	0	0	0	2	1	0	1	0	
	V.P.	0	0	0	0	0	10	4	0	2	0	16
Pasión	Fracc.	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	
	V.P.	0	9	0	7	0	0	0	0	0	0	16
Hombre	Fracc.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	V.P.	10	0	0	0	0	0	4	0	0	1	15

Ilustración 17 Definidora: Orgasmo

Conjunto SAM												
Definidora	Orden	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P.S.
	Ponderación	(10)	(9)	(8)	(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	
Homosexual/ Gay	Fracc.	0	1	1	0	2	1	0	0	0	0	
	V.P.	0	9	8	0	12	5	0	0	0	0	34
Enfermedad	Fracc.	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	
	V.P.	10	0	8	7	6	0	0	0	0	1	32
Promiscuidad	Fracc.	0	1	0	1	1	0	2	0	0	0	
	V.P.	0	9	0	7	6	0	8	0	0	0	30
Prevenir/ Preñible/ Prevención	Fracc.	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	
	V.P.	10	9	0	7	0	0	0	3	0	0	29
Descuido	Fracc.	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	
	V.P.	0	9	8	7	0	0	0	3	0	0	27
Muerte	Fracc.	0	0	1	1	0	0	2	0	2	0	
	V.P.	0	0	8	7	0	0	8	0	4	0	27
Sangre	Fracc.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	
	V.P.	10	9	0	0	0	0	0	0	2	0	21
Virus	Fracc.	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	
	V.P.	10	0	0	0	0	5	0	3	2	1	21
Drogas	Fracc.	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	
	V.P.	0	0	8	7	0	5	0	0	0	0	20
Prostitución/ Prostitutas	Fracc.	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
	V.P.	0	0	0	7	6	5	0	0	0	0	18

Ilustración 18 Definidora: VIH/SIDA