



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE AGUASCALIENTES**

Centro de Ciencias Sociales y Humanidades

TESIS

El currículum oculto y las emociones en la formación de las y los estudiantes de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Aguascalientes

PRESENTA

Diego Andrés Reyes Rojas

PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRO EN INVESTIGACIONES
SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

TUTOR

Dr. Genaro Zalpa Ramírez

INTEGRANTES DEL COMITÉ TUTORIAL

Dr. Rodrigo de la O Torres

Dra. Claudia J. Morales

Aguascalientes, Ags., 07 de junio de 2022

Mtra. María Zapopan Tejeda Caldera
DECANOA DEL CENTRO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

PRESENTE

Por medio del presente como **Miembros del Comité Tutorial** designado del estudiante **DIEGO ANDREÉS REYES ROJAS** con ID 65297 quien realizó la tesis titulada: **EL CURRÍCULO OCULTO Y LAS EMOCIONES EN LA FORMACIÓN DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES**, un trabajo propio, innovador, relevante e inédito y con fundamento en el Artículo 175, Apartado II del Reglamento General de Docencia damos nuestra anuencia acerca de que la versión final del documento ha sido revisada y las correcciones se han incorporado apropiadamente, por lo que nos permitimos emitir el **VOTO APROBATORIO**, para que él pueda proceder a imprimirla así como continuar con el procedimiento administrativo para la obtención del grado.

Ponemos lo anterior a su digna consideración y sin otro particular por el momento, le enviamos un cordial saludo.

ATENTAMENTE
"Se Lumen Proferre"

Aguascalientes, Ags., al día 26 de octubre de 2022.



Genaro Zalpa Ramírez
Tutor de tesis/trabajo práctico



Rodrigo Alejandro de la O Torres
Asesor de tesis



Claudia Morales Ramírez
Asesor de tesis

c.c.p.- Interesado
c.c.p.- Secretaría Técnica del Programa de Posgrado



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO



Fecha de dictaminación dd/mm/aaaa: 31/10/2022

NOMBRE: Diego Andrés Reyes Rojas **ID** 65297

PROGRAMA: Maestría en Investigaciones Sociales y Humanísticas **LGAC (del posgrado):** Estudios sociales, culturales y de comunicación

TIPO DE TRABAJO: () Tesis () Trabajo Práctico

TÍTULO: EL CURRÍCULO OCULTO Y LAS EMOCIONES EN LA FORMACIÓN DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA DE MÉDICO CIRUJANO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):
 El trabajo posibilita la profundización en aspectos relacionados con la formación médica a nivel licenciatura, que bien podría tener un impacto en la práctica de los futuros profesionales de la salud. De igual manera, esta investigación permitiría hacer una revisión y mejoramiento de la currícula académica de la educación médica de pregrado.

INDICAR SI NO N.A. (NO APLICA) SEGÚN CORRESPONDA:

<i>Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:</i>	
SI	El trabajo es congruente con las LGAC del programa de posgrado
SI	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
SI	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
<i>El egresado cumple con lo siguiente:</i>	
SI	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, predoctoral, etc)
SI	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI	Cuenta con la carta de satisfacción del Usuario
SI	Coincide con el título y objetivo registrado
SI	Tiene congruencia con cuerpos académicos
SI	Tiene el CVU del Conacyt actualizado
SI	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales (en caso que proceda)
<i>En caso de Tesis por artículos científicos publicados</i>	
NO	Aceptación o Publicación de los artículos según el nivel del programa
NO	El estudiante es el primer autor
NO	El autor de correspondencia es el Tutor del Núcleo Académico Básico
NO	En los artículos se ven reflejados los objetivos de la tesis, ya que son producto de este trabajo de investigación.
NO	Los artículos integran los capítulos de la tesis y se presentan en el idioma en que fueron publicados
NO	La aceptación o publicación de los artículos en revistas indexadas de alto impacto

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado: **Sí** X
No _____

FIRMAS

Elaboró:

* NOMBRE Y FIRMA DEL CONSEJERO SEGÚN LA LGAC DE ADSCRIPCIÓN:

Dra. María Eugenia Patiño López

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO TÉCNICO:

Dra. María Eugenia Patiño López

* En caso de conflicto de intereses, firmará un revisor miembro del NAB de la LGAC correspondiente distinto al tutor o miembro del comité tutorial, asignado por el Decano

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Alfredo López Ferreira

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Mtra. María Zapopan Tejada Caldera

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.



César E. Jiménez Yañez: <revista.culturales@uabc.edu.mx>
para mí

12:22 (hace 1 minuto)



Diego Andrés Reyes Rojas:

Gracias por enviar el manuscrito "Educación emocional a través de la currícula oculta e informal en los estudiantes de pregrado de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Baja California" a Culturales. Con nuestro sistema de gestión de revistas en línea, podrá iniciar sesión en el sitio web de la revista y hacer un seguimiento de su progreso a través del proceso editorial:

URL del manuscrito: <http://culturales.uabc.mx/index.php/culturales/authorDashboardSubmission/1064>

Nombre de usuario/a: diegor

En caso de dudas, contacte conmigo. Gracias por elegir esta revista para publicar su trabajo.

César E. Jiménez Yañez

El siguiente mensaje se está enviando a nombre de Culturales.

Universidad Autónoma de Baja California
Instituto de Investigaciones Culturales-Museo
Av. Reforma y Calle L, Col. Nueva S/N
21100 Mexicali, Baja California, México



Agradecimientos

Expreso mi más profundo agradecimiento a la Universidad Autónoma de Aguascalientes por la oportunidad de cursar este posgrado, y por el apoyo que brindó al estudiantado durante la difícil pandemia de Covid que marcó nuestro desarrollo académico.

También agradezco a la Dra. Claudia Morales, al Dr. Rodrigo de la O y al Dr. Genaro Zalpa, por leerme y guiarme con atención durante la escritura de este trabajo investigativo. De igual forma, agradezco a toda la plantilla académica y administrativa de la UAA, que respaldó nuestro trabajo a pesar de los momentos difíciles y las situaciones adversas que se presentaron a lo largo del curso de esta Maestría.

Asimismo, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por su apoyo a esta investigación que se acerca al tema de la atención a la salud a través de las Ciencias Sociales.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre, Lucía Rojas, a mi padre, Andrés Reyes, y a mis hermanas Luisa y Frida, a quienes quiero mucho y quienes siempre me han apoyado para salir adelante en todos los ámbitos de mi vida.

También agradezco a todas y todos mis amigos que me escucharon hablar sobre mi investigación, a pesar de lo redundante, tedioso y lejano que resultaba para ellos el tema en cuestión.

Finalmente, quiero agradecer a Macarena Ramírez, quien me acompañó casi todo el tiempo que duró el posgrado, ofreciendo siempre su apoyo, su cariño y sus abrazos.

Índice general	1
Índice de tablas	2
Índice de figuras	3
Índice de esquemas	4
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo 1 - ¿Qué significa ser médico?	8
Justificación	8
Preguntas de investigación y objetivos	10
Delimitación del tema	11
Planteamiento del problema	14
Capítulo 2 - Convertirse en médico / Estado de la cuestión	19
Reglas emocionales y administración de las emociones	33
La profesión médica y el currículo oculto	42
Currículo oculto, formal e informal	48
Capítulo 3 - Metodología, métodos e instrumentos	58
Capítulo 4 - El discurso médico hegemónico y el currículo formal de la carrera de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Aguascalientes	69
Contexto histórico de la fundación de la Universidad Autónomas de Aguascalientes y del Centro de Ciencias de la Salud	70
Capítulo 5 – Develando la currícula oculta e informal	78
Capítulo 6 – Conclusiones	102
Bibliografía	104

Índice de tablas

Tabla 1	64
Tabla 2	81



Índice de figuras

Figura 1	83
Figura 2	84
Figura 3	85
Figura 4	86
Figura 5	87
Figura 6	88
Figura 7	89
Figura 8	90
Figura 9	92
Figura 10	93
Figura 11	94
Figura 12	96
Figura 13	97
Figura 14	99
Figura 15	100



Índice de esquemas

Esquema 1

62

Esquema 2

64



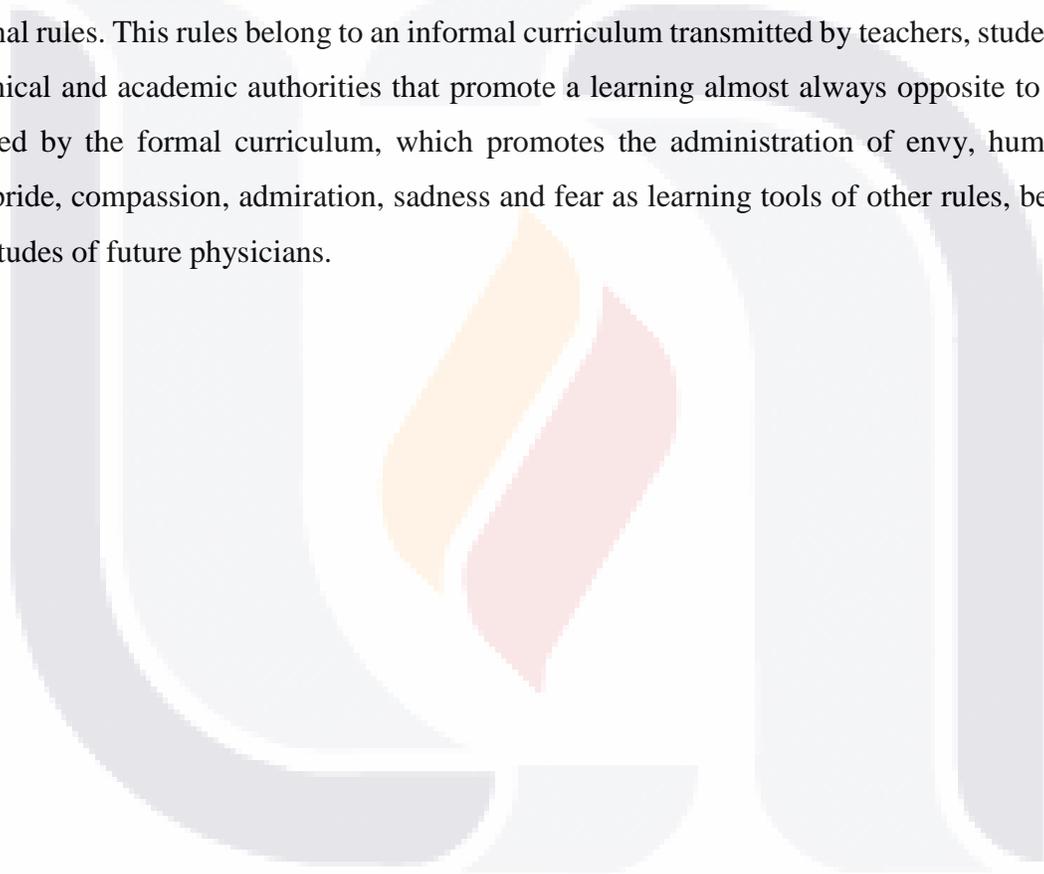
Resumen

Durante el tiempo que dura la formación de los estudiantes de medicina, estos aprenden a comportarse, consciente o inconscientemente, para ocupar adecuadamente el rol profesional que el modelo médico moderno exige. Sin embargo, la profesionalización médica ha descuidado el rol que las emociones ocupan en los periodos formativos de los profesionales de la salud. Esta investigación explora, a través de los niveles ocultos, formales e informales del currículo, el trabajo emocional que se desarrolla durante la profesionalización de las y los estudiantes de la Carrera de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. A partir de una serie de entrevistas con estudiantes de medicina de distinto grado y experiencia clínica, se sugiere la existencia de reglas emocionales pertenecientes a un currículo informal transmitida por maestros, pares estudiantiles y autoridades clínicas y académicas que fomentan un aprendizaje casi siempre opuesto a lo expresado por el currículo formal que promueve la administración de la envidia, la humillación, la ira, el orgullo, la compasión, la admiración, la tristeza y el miedo como herramientas de aprendizaje de otras reglas, comportamientos y actitudes de los futuros galenos.



Abstract

During medical training, students learn to behave, consciously or unconsciously, in order to adequately occupy the professional role that the modern medical model demands. However, medical professionalization has neglected the role that emotions occupy in the formative periods of health professionals. This research explores, through the hidden, formal and informal curricula, the emotional work that developed during the professionalization of Medical Surgeon Career students of the Autonomous University of Aguascalientes. From a series of interviews with medical students of different degrees and clinical experience, it is suggested the existence of emotional rules. This rules belong to an informal curriculum transmitted by teachers, student peers and clinical and academic authorities that promote a learning almost always opposite to what is expressed by the formal curriculum, which promotes the administration of envy, humiliation, anger, pride, compassion, admiration, sadness and fear as learning tools of other rules, behaviors and attitudes of future physicians.



Introducción

En el campo de las ciencias sociales interesadas en estudiar la medicina y la atención a la salud, se ha descuidado, hasta hace unas cuantas décadas, el rol de las emociones como vínculo entre la agencia y las estructuras sociales, así como el rol que estas ocupan en los periodos formativos de los profesionales de la salud, ya sea el personal médico, paramédico, de enfermería, etcétera.

Si bien es cierto que la sociología y la antropología de la salud tienen antecedentes en el estudio de la profesión médica, de la relación médico paciente y de las distintas formas de interpretar y atender el dolor, el sufrimiento, la enfermedad y demás padecimientos, los estudios sobre la socialización emocional en el terreno del profesionalismo médico se ha dedicado casi exclusivamente a los espacios de la enfermería, ocupación que, debido a sesgos de género, se considera una cuasi profesión, en nada equiparable con la profesión arquetípica y prestigiosa del médico o la médica.

Debido a lo anterior, el rol social e interrelacional de las emociones en la formación del profesional médico, apenas y se ha sugerido. Esta investigación tiene como objetivo ocuparse la mencionada brecha y explorar, a través de los niveles ocultos, formales e informales del currículo, las normas emocionales, el trabajo emocional y el trasfondo estructural de las reglas de encuadre de las y los estudiantes de la Carrera de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Es necesario resaltar que el trabajo de campo, que en un principio contemplaba la observación participante, fue alterado por la pandemia de COVID, que impidió la aplicación de dicha herramienta investigativa y complicó el encuentro con la población entrevistada, pues en ocasiones se mostraban renuentes a realizar las entrevistas presenciales. Las restricciones de la pandemia también afectaron la experiencia de las y los estudiantes de medicina, ya que las clases a distancia modificaron la forma de socializar tanto en las aulas como en las prácticas clínicas.

El trabajo investigativo se llevó a cabo a partir de una serie de entrevistas con estudiantes de medicina de distinto grado y experiencia clínica, en las que se trataron temas sobre aprendizaje, modelos de conducta, perfiles ideales de profesionalización, presencia, administración y ausencia de emociones en el perfil del profesional médico y demás aristas de lo que en la comunidad académica y práctica de la carrera de Médico Cirujano se considera necesario para ser un profesionista de excelencia.

Palabra clave: formación médica, currículo oculto, emociones, profesionalización

Capítulo 1 - ¿Qué significa ser médico?

Justificación

La formación clínica, bajo el modelo médico¹ moderno, se legitimó, afianzó y construyó sus mecanismos de acción e institucionalización, mano a mano con el empuje de la ciencia positivista y el desarrollo tecnológico. Sin embargo, las aspiraciones de objetividad y universalidad que el mismo positivismo acaudillaba ya no son recibidas sin filtros ni críticas, pues se ha señalado la enorme complejidad que las determinantes sociales le agregan incluso a los fenómenos relacionados con la salud.

Como consecuencia de lo anterior, la misma cultura médica se ha modificado y persigue como objetivo, entre otros, delimitar aquello que se considera una buena médica o un buen médico; sin embargo, muchos egresados y egresadas de la carrera de medicina llevan a cabo su oficio sin instrucción formal alguna sobre lo que significa ser un buen profesional médico. Durante el tiempo que dura su formación como estudiantes, aprenden a comportarse, consciente como inconscientemente, para ocupar adecuadamente el rol de médico o médica que la sociedad exige (O'Donnell et al., 2014).

La exploración de la currícula oculta, formal e informal de la formación médica en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, nos permitiría explorar el concepto de profesionalismo que dicha institución esgrime, así como indagar cómo es que los estudiantes viven, definen y aprenden lo que hay que hacer, lo que hay que ser, lo que hay que sentir, para ser considerado un o una profesional.

Al tomar en cuenta los niveles curriculares informal y oculto como parte de la práctica clínica se podrían considerar sus aspectos mutables y contingentes, en relación con el currículo formal, que es mucho más estable, pues a diferencia de este, el currículo informal y oculto no es preestablecido por un consejo regulador ni por las instituciones evaluadoras, ya que la práctica clínica es distinta según el lugar, el tiempo, la estructura económica y la comunidad en que se lleva a cabo.

¹ Se entiende por “modelo médico” a la forma dominante o hegemónica de la cultura médica occidental que considera que enfermedades específicas tienen causas específicas. Desde la perspectiva de la sociología médica y disciplinas afines se entiende al modelo médico como “la concepción de la enfermedad establecida a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, basada en una perspectiva anatómico-patológica del cuerpo de las y los individuos”(Gabe et al., 2006 p.125)

Por otra parte, entender cuáles son los efectos problemáticos y los beneficios (que también los hay) generados a partir del currículo oculto e informal, exigiría un entendimiento más amplio de los retos de la práctica médica, por lo que indagar sobre el caso de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, permitiría vincular las particularidades de esta investigación con fenómenos de carácter global y complejo.

Un punto particular de interés para esta investigación es la dimensión emocional de la socialización profesional del médico y la médica en ciernes, analizada ésta desde un punto de vista no psicológico, sino cultural, sociológico, histórico y antropológico, mediante la identificación de las estrategias o el manejo tanto individual como relacional de las emociones que influyen, se aprueban o que se omiten durante los años formativos de las y los estudiantes de medicina, con el objetivo de identificar las fortalezas y debilidades de dichas estrategias en un sistema complejo como es la educación universitaria.

La pandemia del COVID19 ha dejado ver que las problemáticas globales y las locales no están aisladas. Si bien los enfoques clínicos han sido de gran ayuda para enfrentar este gran problema de salud, es evidente que, como lo indica el *Informe mundial sobre ciencias sociales 2010* (D. Russell & Ainsworth, 2010), hace falta la perspectiva y la investigación desde las ciencias sociales para entender e incidir en la forma en que los seres humanos interactúan en lo que respecta a este fenómeno social, por lo que centrar nuestra atención en la profesionalización del médico resulta de suma importancia, ya que es un factor central en la definición, interpretación, confrontación y contención de las amenazas a la salud individual y colectiva.

De igual forma, una perspectiva complejizante e integradora de los hechos y fenómenos sociales extraclínicos que influyen en la socialización profesional de las y los profesionales médicos es completamente pertinente, pues permitiría visibilizar y ofrecer posibilidades de subsanar sesgos o proponer alternativas para mejorar los procesos de educación médica, integrando, en la medida de lo posible, a la mayor cantidad de actores involucrados en el cuidado de la salud desde la trinchera médico-institucional.

Preguntas de investigación y objetivos

¿Cómo se lleva a cabo la socialización emocional de los estudiantes de medicina en el contexto de su profesionalización durante su formación de pregrado?

¿Cuáles son las emociones y de qué manera se suprimen, fomentan y administran entre los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, y en qué niveles curriculares (oculto, formal e informal) se manifiesta dicha socialización profesional?

- **Objetivos**
 - **General:** Explorar el papel de las emociones en los procesos de profesionalización de las y los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes
 - **Específicos:**
 - Identificar las reglas emocionales en la socialización profesional de las y los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.
 - Visibilizar las distintas emociones que se administran durante la formación de los estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.
 - Explorar los procesos de socialización profesional referidos a manejo de las emociones a través del currículo oculto e informal de los estudiantes de medicina

Delimitación del tema

La atención médica forma parte de un fenómeno social sumamente complejo, en el que, además de la perspectiva biologicista y clínica que rige, en su mayor parte, a las instituciones de salud y centros de educación y formación médica, encuentra puntos en común y de conflicto con otras perspectivas que señalan causas o determinantes sociales de ciertos padecimientos, enfermedades, malestares, además de mecanismos distintos de interpretación y acción sobre los mismos, de los cuales depende el perfil y el rol de aquellos que se consideran capacitados o capacitadas para atenderlos.

Un aspecto importante de este fenómeno es la profesionalización del personal médico, el cual es un proceso que consiste, tradicionalmente, en formar adecuadamente a quienes se ocupan de definir qué se considera patológico y cómo se debe identificar y tratar tal o cual enfermedad o padecimiento, por lo que también delimita la pertenencia al gremio de aquellas y aquellos que ostentan la autoridad para resolver los problemas de salud sociales e individuales, y de regular la preparación técnica, la capacitación y el grado de autonomía y prestigio que dicha ocupación esgrime para considerarse profesional. Esto implica también una inmensa red de relaciones de poder que se ejercen en la vida cotidiana que en el terreno de la medicina se traducen en distintos fenómenos como la relación médico paciente, o las interacciones entre instituciones educativas, empresas farmacéuticas, hospitales, sanatorios y demás instituciones dedicadas a la atención de la salud.

Desde los aportes teóricos de Talcott Parsons (1951) y Merton (1957) acerca de los roles del médico y el paciente, la sociología toma como actores principales, aunque no únicos, a quienes padecen alguna enfermedad o malestar, y a quienes se dedican a paliarlos, siendo el último agente, por lo general un médico o una institución clínica, por lo menos en las sociedades modernas; sin embargo, el patrón hegemónico de la medicina, que no es accidental ni espontáneo, sino alineado con las ideologías de aquellos a quienes beneficia, está inserto en un proceso mucho más complejo y diverso.

El sentido que una sociedad determinada le da a la enfermedad, al cuidado y a los hábitos saludables, es tan importante como aquello que se espera de las personas a quienes recurren para buscar cura y alivio, es decir, las y los médicos, aunque también podríamos considerar a líderes religiosos, terapeutas o curanderos. Además, como señala Menéndez:

El proceso s/e/a constituye un universal que opera estructuralmente –por supuesto que en forma diferenciada– en toda sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran. [...] la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. Son parte de un proceso social dentro del cual se establece colectivamente la subjetividad; el sujeto, desde su nacimiento –cada vez más “medicalizado”–, se constituye e instituye, por lo menos en parte, a partir del proceso s/e/a. (1994, p.1)

En lo que se refiere a este proceso s/e/a, la sociología y la antropología médica han hecho importantes señalamientos acerca de la calidad de la relación médico-paciente, sobre las determinantes sociales de la salud como el género, el factor económico, la raza, la cultura a la que se pertenece, y otros factores que condicionan el acceso, efectivo y afectivo, a los servicios salubristas ofrecidos por distintas instituciones públicas y privadas. También se han hecho estudios sobre las condiciones laborales de los profesionales de la medicina, así como de sus esfuerzos, expectativas y motivos de profesionalización cuando estudiantes, pero se ha dejado del lado el componente emocional como factor estructurante tanto en su formación como en su desempeño profesional.

Aunque el estudio de las emociones y el cuidado de la salud ha sido del interés permanente en la sociología, hasta hace poco, por lo menos tres décadas, se ha incluido el papel de éstas como un factor relevante en el orden social. Debido a lo anterior y a otros factores que suman complejidad al fenómeno de la profesionalización médica, la dimensión emocional también se ha mostrado escasa, aunque no ausente, en los estudios referidos a la currícula y la educación médica.

El presente estudio tiene como objetivo explorar los estándares de profesionalización médica y la socialización profesional en la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, sobre todo en lo que se refiere a la dimensión emocional manifiesta y no manifiesta en los distintos niveles curriculares (oculto, formal e informal), así como sus mecanismos de socialización en términos de labor emocional (emotional labour) y trabajo emocional (emotional work) que conforman, en conjunto, la llamada administración emocional (emotional management) Se buscará valorar cómo se constituye la imagen de lo que debe ser un buen médico entre los estudiantes de la Universidad Autónoma de Aguascalientes (UAA). Para ello se pretende analizar la interacción entre agentes y estructuras, a través de los contenidos socializados, manifiestos o no en su formación universitaria y develar las relaciones de significado que se generan entre los mismos estudiantes, el departamento de ciencias de la salud, las instituciones con las que este se

alía y las preconcepciones sobre la profesión médica que ya de por sí existen en la cotidianidad laica de los y las jóvenes interesados en prepararse para ejercer dicha profesión.



Planteamiento del problema

La educación médica es analizada desde la perspectiva de las ciencias sociales desde que Parsons definió los roles del médico y el paciente como parte de un sistema constituido, coincidiendo indirectamente con Durkheim(1895) quien señalaba la existencia de procesos mediante los cuales las personas, en este caso los médicos en ciernes, interiorizan ciertos comportamientos y formas de pensar que mantienen y reproducen un determinado orden social.

Tanto para Durkheim como para Parsons, las profesiones y la profesionalización eran formas específicas de orden social; para el sociólogo francés una profesión es cierta ocupación organizada en una comunidad que se fundamenta y comparte determinados valores éticos, la cual, además tiene una función regulatoria específica en las sociedades industrializadas modernas; por su parte, Talcott Parsons consideraba al médico profesional como un agente regulatorio de la enfermedad, a la cual concebía como una desviación del orden social establecido(Gabe et al., 2006).

Parsons hace hincapié en la tremenda autoridad y poder que los profesionales médicos adquieren sobre los pacientes, así como la autonomía y autorregulación de su propia conducta como especialistas; advierte, además, que dicho poder y autonomía puede conducir a un abuso, sobre todo económico, por parte de las y los médicos, pero confía, casi ciegamente, en que la institución médica se autorregulará mediante normas éticas y altruistas a cambio de prestigio y remuneraciones adecuadas y justas.

La perspectiva sumamente racional e idealista de Talcott Parsons no tardó en ser criticada y repensada por otras perspectivas, antagónicas o afines, que conciben los esfuerzos sociales de atención a la salud como algo mucho más complejo, pues los servicios institucionales del cuidado de la salud son propios de épocas más bien recientes que se relacionan con el desarrollo de las burguesías y los primeros estados-nación que, por sí mismos, esgrimen intereses precisos de disciplina y vigilancia del comportamiento individual(Foucault, 1966).

Las teorías del conflicto, así como el interaccionismo, el post estructuralismo y otras trincheras epistemológicas como la fenomenológicas, han abundado más profundamente en las características que definen el rol de las y los profesionales de la medicina y los pacientes, siendo estos últimos el objeto de interés más común (Bradby, 2012). Lo anterior no quiere decir que la profesión médica y la formación requerida para ser considerado un o una profesional no se haya estudiado. Merton(1957) ha señalado que la tarea de la educación médica consiste en “convertir al principiante en el practicante efectivo de la medicina, otorgarle el mejor conocimiento y las

mejores habilidades a la mano, y proveerlo de una identidad profesional para que llegue a pensar, actuar y sentir como un médico(citado en Cruess & Cruess, 2014, p. 171)”.

Autores como Freidson (1978) o Becker y compañía (1992) se han ocupado tanto de los profesionistas en activo como de los estudiantes de medicina, aunque estos enfoques, en su mayoría, conciben al médico como un ser hiper racional, siempre confiable, invulnerable y enteramente competente que, en el mejor de los casos, es un lacayo del capitalismo y sus mecanismos de opresión.

Friedson se ocupa, sobre todo, de la autonomía que adquiere el gremio médico para regular su función en la sociedad, es decir, de los mecanismos y estrategias políticas e históricas utilizados para que dicho gremio ganara control sobre su rol en las áreas económicas y de mercado, así como el apoyo del Estado para su propia regulación. En concordancia con Friedson, Magali Sarfatti Larson, citada por Jonathan Gabe y compañía, asevera que

en el caso de la medicina, dos aspectos de las estrategias de profesionalización fueron de particular importancia durante el siglo diecinueve: una se refiere al uso de las credenciales educativas como clausura social que limitara la ocupación a aquellos con la posibilidad de adquirir capacitación formal; la otra era aumentar la credibilidad de las propuestas ocupacionales de ofrecer servicios valiosos, mediante la adopción de una base científica para el conocimiento médico. Por tanto, para Larson, el desarrollo de la educación médica universitaria fue un factor importante en la profesionalización exitosa de la medicina.(Gabe et al., 2006)

Otros estudios, como los de González Alonso y Kraftchenko Beoto (2003) o los de Montse Esquerda y compañía (2016) se enfocan en el desarrollo de la empatía de las y los estudiantes, así como a las causas y consecuencias del estrés que genera el libramiento de la carrera de medicina (Bergmann et al., 2019; A. Brown et al., 2020; Wilkinson & Kleinman, 2016). Sin embargo, la socialización emocional de las y los médicos y estudiantes que ambicionan serlo, parece haberse ignorado como característica fundamental del rol que desempeñan en el contexto educativo al que se adscriben. Esto se debe, en gran medida, a que la profesionalización médica está profundamente masculinizada, incluso en sus pretensiones de objetividad, lo que relega las emociones como factores menos privilegiados atribuidos a labores feminizadas como la enfermería y la partería, actividades que ni siquiera se consideran como una profesión, sino como una semiprofesión.

Esta discriminación de género ha sido señalada por Anne Witz y Celia Davies (citadas en Gabe et al., 2006), quienes resaltan las formas en que la medicina ha excluido a las mujeres de los altos rangos, así como los sesgos en la división del trabajo en el área del cuidado de la salud, ya que la

autonomía profesional está fincada en presupuestos de racionalidad, eficiencia y dominio tecnológico atribuidos a lo masculino que afectan directa e indirectamente en la organización de los sistemas complejos de autoridad y poder en las sociedades, en las comunidades de profesionistas en general y médico-profesionales en particular.

Lo anterior no debe confundirse con la matrícula de mujeres y hombres en las instituciones de educación superior, sobre todo en el caso de la carrera de medicina, pues se ha demostrado que tanto en las áreas de ciencias de la salud, como en las de educación y las humanidades, el aumento de la matrícula femenina y la reducción de la masculina, en los últimos treinta años, es un hecho (Llera et al., 2009); cuando se habla del androcentrismo de la ciencia y, por lo tanto, en la medicina, se hace referencia a la dominación masculina tratada por Bourdieu (1998) y profundizada por los investigadores y científicas feministas que visibiliza el ordenamiento del mundo, tomando al hombre como medida y referencia de todas las cosas y aspectos de la vida cotidiana, la organización social e incluso el pensamiento científico. Al respecto, Lourdes C Pacheco comenta:

Las críticas feministas a la ciencia pueden clasificarse en tres categorías: 1) la crítica a la parcialidad de la ciencia, 2) la práctica científica como una parte de dominio masculino y 3) la ausencia de las mujeres en la ciencia [...] Las feministas han puesto al descubierto que la supuesta imparcialidad de la ciencia, contenida en el principio de objetividad y neutralidad valorativa, no es más que la generalización de los valores del varón, considerados como valores que deben ser imputados a toda la sociedad [...] Los valores como objetivos (la verdad, la correspondencia con los hechos, la capacidad explicativa y predictiva) están presentes en la ciencia masculina, en tanto que los valores contextuales (religión, ideología, raza) no participan en el momento científico. (Guevara, 2010 p. 39)

El patrón hegemónico que configura la idea de un “buen doctor” también está fuertemente ligado con intereses de mercado y es, además, sumamente racional, en ocasiones hasta utópica, pues suele contrastarse, contradictoriamente con la imagen de los médicos de la vieja escuela, a quienes se les atribuye, erróneamente, una vocación y bondad casi naturales e instintivas para la cercanía o intimidad con sus pacientes (Kleinman & Eisenberg, 1981).

Si bien es cierto que se han estudiado las motivaciones de las y los estudiantes de medicina, así como la dirección e intensidad de sus esfuerzos durante su periodo universitario; no se ha tomado en cuenta el rol de las emociones tanto en su formación como en su futuro desarrollo profesional. De hecho, a pesar de que se han estudiado los niveles de estrés tanto de médicos y médicas ya formados como de aquellos y aquellas en preparación, esto se ha hecho casi exclusivamente desde el punto de vista psicológico.

Por otro lado, la mayoría de las investigaciones sobre el rol del profesional de la medicina suelen desarrollarse en ámbitos clínicos, con profesionales ya formados, que en algunas ocasiones (pocas en realidad según Becker y compañía (1992)), también son profesores de nivel Licenciatura en las universidades donde se oferta la carrera de medicina.

Hafferty (1988) ha sugerido que la atención de un gran número de investigaciones realizadas acerca de las emociones de los profesionales de la medicina, se muestran poco interesadas por su proceso formativo, debido a que la vida en la clínica suele ser mucho más atractiva dramáticamente y a que la relación médico paciente suele ser el foco de interés que eclipsa otras áreas del desarrollo y definición de lo que se espera de un médico y su cotidianidad:

[...]las investigaciones tienden a enfocarse en los años de capacitación clínica; en algunos casos éste énfasis apenas refleja una mayoría numérica de los años que abarca, (incluyendo la pasantía y la residencia), en comparación con los años de formación en ciencias básicas. En otros casos, esta preferencia, se basa en la creencia de que el *locus* de la socialización es mejor estudiada durante los años de capacitación clínica centrados en el paciente [...] El trabajo en hospital también parece infinitamente más dramático y excitante que el trabajo en clase. Sean las causas que fueren, el resultado es una relativa indiferencia ante los primeros años de formación importantes en los procesos de socialización (Hafferty, 1988).

Por su parte, desde la perspectiva de los estudios sociales y culturales, hace falta profundizar en cómo es que se regulan las emociones de los estudiantes de medicina, es decir, ¿qué emociones está permitido expresar, en qué contextos y con qué intensidad para ser consideradas dentro del perfil profesional médico?; ¿cuáles son las emociones que deben suprimirse y qué consecuencia tiene esta supresión en el proceso s/e/a/ como fenómeno estructural?, ¿afecta este trasfondo emocional en la calidad de la atención y el trato con los pacientes y con compañeras y compañeros de trabajo en el entorno clínico?

Dado que los conceptos de currículo oculto formal e informal son categorías centrales en esta investigación, también nos preguntamos si es posible identificar estas normas emocionales en dichos niveles curriculares, en relación con la socialización profesional que se desarrolla entre los estudiantes de medicina de la UAA.

Nuestra hipótesis apunta a una respuesta afirmativa acerca de la presencia velada de la socialización emocional dentro de la misma socialización profesional y los niveles informal y oculto de la educación médica; se parte de la premisa de que la neutralidad afectiva es un factor deseado desde antaño por los estándares de la profesión del médico al ocuparse de emociones

como el miedo, cariño, el odio, la ternura, etcétera; también se alude positivamente a investigaciones que consideran a la cultura médica como un sistema complejo que involucra de lleno a la formación de pregrado como un factor de capacitación profesional que tiene consecuencias directas e indirectas en la práctica clínica.



Capítulo 2 – Convertirse en médico

Estado de la cuestión

El estudio de la medicina como fenómeno social tiene ya una larga tradición. En el caso de los estudiantes de medicina, la sociología de la educación médica ha acumulado un amplio corpus de investigación al respecto de los proveedores de los servicios de salud, su formación, los procesos de profesionalización y socialización profesional. Por un lado están los estudios imprescindibles por ser la base y el contrapunto de los que les sucedieron; tal es el caso del apartado de la teoría de Parsons (1951) sobre la profesión médica como arquetipo de todas las profesiones; el trabajo *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education* de Merton, Reader y Kendall (1957), que estudia las experiencias y las actitudes de los estudiantes de medicina, así como sus motivos para estudiar dicha carrera y el tipo de pacientes que prefieren tratar; igualmente, dentro de este breve canon también encontramos el trabajo de Becker, Geer, Hugues y Strauss (1992); otro referente fundamental es el libro *La profesión médica* de Eliot Freidson (1978), que se ocupa en profundizar sobre el origen y legitimación del conocimiento clínico, su consolidación como profesión y, por lo tanto, su lugar en la estructura social, sobre todo en lo que respecta a la división del trabajo en ambiente clínico, la relación médico paciente y el entorno de la consulta como situación particular de intercambio social.

Vale la pena, sin embargo, hacer un breve recorrido por los distintos enfoques teóricos que han servido para estudiar la medicina y la atención a la salud desde la perspectiva de las ciencias sociales. Deborah Lupton (1994), en *Medicine as culture* ha señalado tres perspectivas principales de lo que llama *medical sociology* o *sociology of health and illness* que se han ocupado de este proceso en tanto fenómeno o hecho social: el funcionalismo, el enfoque político económico y el social construccionista.

Según la perspectiva funcionalista, las relaciones del cuidado de la salud son el resultado de un consenso social que preserva, racionalmente, el orden y la armonía, los cuáles son reproducidos por los individuos que conforman a dicha sociedad en tanto que desempeñan roles determinados y funciones específicas, por lo que los análisis que se desarrollan a la luz de esta teoría, se preocupan por la forma en que los profesionales de la medicina llevan a cabo su trabajo, así como en la forma en que las personas hacen frente a malestares, padecimientos y enfermedades.

En lo que respecta a la interpretación de la enfermedad, esta suele ser pensada como algo disruptivo, que viene de fuera e interrumpe la normalidad y sus parámetros tanto sociales como fisiológicos, por lo que debe intervenir de inmediato

Los funcionalistas aseguran que sentimientos de estigmatización, vergüenza y vulnerabilidad acompañan a muchas enfermedades. De lo anterior se deduce que el papel de las y los médicos consista en actuar como una institución necesaria de control social que usa el poder de la distinción entre lo normal y lo patológico, o lo normal y lo pervertido, justo como solía hacer la iglesia (Lupton, 1994).

Como se mencionó antes, Parsons definió los roles del médico y del paciente como parte de un sistema constituido, es decir, como componentes de estructuras que van más allá de la agencia individual. Parsons (1951), al igual que Durkheim (1895), se mostró interesado en los procesos mediante los cuales las personas interiorizan ciertos comportamientos y formas de pensar que mantienen y reproducen un determinado orden social. El sociólogo norteamericano consideraba que una persona enferma es excusada de cumplir el rol social que debería desempeñar si tuviera buena salud, por lo que no siente vergüenza, a menos que no haga un esfuerzo por mejorar, por lo que se debe buscar la atención del profesional médico que le devuelva a la normalidad; también se da por hecho que la o el profesional de la salud es una especie de benefactor social y que la relación médico-paciente es siempre armoniosa y consensuada a pesar de la disparidad en la estructura de poder dentro de la que se da esta relación.

Se puede objetar que este enfoque da por hecho los roles del paciente y el profesional médico, suponiendo que el primero es pasivo, obediente y agradecido, mientras que el segundo es siempre benevolente, altruista y competente; además, parece ignorar la posible disparidad de intereses entre los involucrados en la relación médico/paciente y que tanto uno como el otro tienen relaciones externas a su encuentro que modifican la perspectiva que ambos esgrimen respecto al momento de la consulta.

Desde la perspectiva político-económica, influida por los estudios marxistas, la buena salud no sólo se considera un estado de bienestar físico y mental, sino la capacidad de producir bienes materiales e inmateriales que reproducen un estilo de vida con un alto estándar de satisfacción, lo que resulta en que la lucha entre agentes sea un elemento componente de la salud, por ejemplo, en lo que se refiere al entramado de relaciones existentes entre agentes, ya sean instituciones, sujetos o colectividades.

Al igual que para los funcionalistas, la medicina como institución define los parámetros de normalidad y orden, aunque a diferencia de los primeros, pensadores como Ivan Illich (1975) señalan que el *establishment* médico ha impuesto un monopolio de poder respecto a la atención a la salud, del cual se sirven para reproducir condiciones de opresión y desigualdad;

las personas que no son productivas según los estándares del mercado y la producción, como los ancianos, las personas enfermas o las personas con discapacidades físicas y mentales, son marginados, al igual que otros grupos segregados como las mujeres, las personas de color, los indígenas, los desempleados, etcétera. Dicha marginalización los priva de un correcto acceso a los servicios de salud, y promueve las condiciones de miseria que causan determinadas enfermedades y padecimientos. Debido a lo anterior, se piensa en la medicina como un medio para lograr que las personas sigan siendo capaces de funcionar en el sistema económico como fuerzas de producción o de consumo, lo que perpetúa las inequidades sociales entre los privilegiados y aquellos que no lo son, en lugar de resolverlas. (Lupton, 1994)

Pensadores de esta corriente ven a la medicina subyugada al sistema capitalista, lo que convierte el cuidado de la salud en algo demasiado caro, poco efectivo e inequitativo; por otro lado, se ve al profesionalista médico como un malvado aliado de los dueños o como dueño mismo del capital, lo que los convierte en antagonistas del progreso social.

La sobreestimación de los profesionales de la medicina y el discurso clínico de la enfermedad, son criticados por expropiar la intervención de las personas no profesionales en la injerencia de su propia salud, así como por provocar la consecuente sobredependencia de las personas a las agencias avaladas de la profesionalización clínica y el prestigio cientificista. Asimismo, a través de la dinámica mercantilista de la medicina, se oscurecen las fuerzas políticas y sociales que provocan ciertas enfermedades o padecimientos, restando capacidad de reacción y autonomía a quienes no se adaptan a la sociedad e interiorizando en la idea de que los enfermos son ellos, de que son máquinas descompuestas que necesitan ser reparadas.

Vale la pena recordar los estudios de Caro Guy, donde asevera que la medicina es “una realidad sociológica, económica y social” y, en lo que se refiere al desarrollo de esta realidad en las sociedades capitalistas, “puede decirse que es un modo de producción de las actividades médicas, una organización de las relaciones económicas entre los productores -los médicos- y los consumidores (1969, p. 114).”

La crítica que se le hace a este enfoque consiste en que el papel del médico suele perfilarse como el de un actor malvado que trabaja para el capitalismo, consciente o inconscientemente. Si bien es cierto que puede haber intereses económicos en la elección de la profesión médica, también me

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

parece que los profesionales de la salud interiorizan ciertas normas propias del sistema neoliberal capitalista y son educados con paradigmas y procedimientos educativos que también los alienan, merman su salud, e influyen en la perspectiva que tienen del cuidado de la salud, el trato de enfermedades y la relación con sus pacientes demás personal institucional con el que se relacionan. El construccionismo social incluye metodologías y propuestas feministas y post estructurales, además de incorporar también los aportes de la lingüística. Este enfoque parte de que lo que se considera verdad, lo que se da por hecho, es producto de relaciones de poder, de tal manera que el conocimiento y su aplicación nunca son neutrales, sino producto de las relaciones sociales que pueden cambiar; desde esta perspectiva las personas se constituyen en y a través de discursos y prácticas sociales que, a su vez, tienen complejas historias (Lupton, 1994). Más que dedicarse a relativizar verdades, se pone el énfasis en que el significado que se le da a un hecho o fenómeno social puede ser modificado y comparado en términos de su funcionalidad, de su capacidad inclusiva y, ¿por qué no decirlo?, de su adhesión a una forma más compasiva, humana, plural y comunitaria de abordar la realidad de las personas (tanto de la enferma o el enfermo, como de los profesionales de la salud).

Respecto a la antropología médica vale decir que se ha caracterizado por desarrollar herramientas para desentrañar los significados y el sentido que se genera en el proceso comunicativo de la medicina. Se interesa por la experiencia íntima de la enfermedad, por el significado individual y social que se le atribuye, pues la interacción de estos significados define el tipo de acción frente a un padecimiento o enfermedad. Se le critica, según Lupton (1994) que a menudo equipara al enfermo con el salvaje. Se preocupan por la producción social del conocimiento médico, las funciones de la medicina y la salud pública como medio de control social, la importancia de la conciencia y la institución en lo que se refiere a creencias y comportamientos relacionados con la salud, la relación entre la salud, la jerga médica y el poder, la discutible naturaleza de la medicina y la enfermedad en las realidades biomédicas y el significado de las enfermedades.

Vale la pena resaltar que en ninguna de las tres perspectivas teóricas propuestas descritas por Lupton se ha considerado el rol del médico con suficiente profundidad. El enfoque funcionalista lo perfila como un sujeto siempre competente, confiable, desinteresado y racional, muy al servicio de la ciencia supuestamente neutral y la prosperidad; por el contrario, el enfoque marxista o político-económico desconfía de la neutralidad de la ciencia y del profesional médico, y lo ve más bien como un aliado de la opresión y alienación social capitalista; incluso se cae en la

romantización y la nostalgia, desmentida ya por los estudios de Kleinman y Eisenberg (Kleinman & Eisenberg, 1981), del médico de antaño: el médico familiar que era capaz de interesarse por la dimensión completa de sus pacientes, sus relaciones, sus hábitos y hasta sus miedos.

Por su parte, para los fines de investigación resulta provechoso el enfoque construccionista y antropológico, en tanto que cuestiona aquello dado por hecho acerca del médico, el paciente, la relación entre ellos y demás esferas de acción de los mismos; también es valioso su análisis de las prácticas discursivas como generadoras y reproductoras de sentido, significado, así como de normas sociales. Aun así, la concepción de lo que debe ser un médico deja de lado el aspecto emocional de su preparación y su desempeño profesional.

Dentro de este marco, la sociología de las emociones, con todo el trasfondo teórico que recupera del interaccionismo gofmaniano y el psicoanálisis freudiano, resulta una herramienta de sumo interés que propone una solución al problema de relación entre la estructura y la agencia, pues el trabajo emocional entendido como actuación profunda, unido a su manifestación durante los actos de exhibición, convierte a la emoción en la bisagra faltante entre a la dimensión biológica y la dimensión social del agente. Esta difícil tarea de repensar al individuo en una dimensión tanto emocional como racional es de por sí retadora, pero los esfuerzos, incluso los relacionados con la salud y la medicina, no han sido en absoluto despreciables.

Aunque ya desde la teoría feminista, la propuesta de Hochschild abogaba por la inclusión de las emociones como factores de regulación social y configuración de la agencia, la inclusión de las emociones en el circuito de la salud la enfermedad y el cuidado fue sugerida por Freund:

Freund comenzó señalando el dualismo mente-cuerpo que existe tanto en la sociología de la salud como en la de las emociones. Este dualismo se refleja en la distinción entre enfermedad y padecimiento², así como en el racionalismo / emocionalidad, la naturaleza / la crianza y el construccionismo / positivismo [...] argumentó que la sociología de las emociones es el campo ideal para comenzar el proceso de devolver el "cuerpo expresivo" a la sociología, sin reducir la sociología a la biología o ignorarla por completo. (Francis, 2006 p. 592)

En el marco de la salud y el cuidado, esta perspectiva permite, a decir de Linda E. Francis (2006) estudiar el rol de las emociones en situaciones relacionadas con la atención a la salud, desde dos

² En inglés *disease* and *illness* son términos que en español es difícil diferenciar. *Disease* se usa para denotar la perspectiva clínica de una enfermedad, es decir, la interpretación sintomática desde el punto de vista médico; mientras que *illness* se refiere a la experiencia íntima de la persona que vive la enfermedad (Kleinman & Eisenberg, 1981)

perspectivas: una enfocada en el trabajo emocional personal durante la atención de la salud; y otra enfocada en las emociones y el manejo emocional como herramientas sociales y políticas.

Las investigaciones de la primera perspectiva se concentran en las reglas emocionales del entorno médico y, por lo tanto, en el necesario trabajo emocional que se genera en el mismo; un ejemplo puede ser la “neutralidad afectiva” que se interioriza en la profesión del médico (Parsons, 1951), pero también la exigencia de que el profesional médico esgrima cierto trato personal sin sobrepasar la intimidad del o la paciente, es decir, que su relación sea agradable pero no intrusiva; por su parte, el médico, en tanto profesionista que vende sus servicios, también mercantiliza sus emociones (A. Russell & Hochschild, 1979) y sabe que debe ejercitar cierta distancia social con el paciente, así lo aseguran Smith y Kleinman en un estudio sobre el manejo emocional de estudiantes de medicina en relación con las situaciones clínicas relacionadas con la vida y la muerte:

Debido a que en esta sociedad asociamos la autoridad con una persona sin emociones, la neutralidad afectiva refuerza el poder de los profesionales y evita que los clientes los desafíen. Un elemento de la socialización profesional, entonces, es el desarrollo del afecto adecuadamente controlado (Smith & Kleinman, 1989, p. 56).

En la misma investigación, la investigadora y el investigador concuerdan con que la medicina es una profesión arquetípica de todas las profesiones, al menos en occidente, y aseguran que las normas emocionales que guían a los médicos son sumamente estrictas. Se recomienda, por ejemplo, que el médico demuestre cierta simpatía por los pacientes, pero no demasiada, pues cualquier emoción relacionada con la individualidad del paciente o del mismo médico puede resultar perjudicial para la donación de un buen servicio. También señalan que la repulsión, el asco, la atracción sexual, en tanto emociones que son consideradas normales en la esfera social, en el entorno médico se consideran sumamente inapropiadas:

Se supone que los médicos deben tratar a todos los pacientes por igual (es decir, bien) independientemente de sus atributos personales y sin emociones que puedan interrumpir el proceso clínico o la relación médico-paciente. Como han demostrado varios sociólogos, tanto el médico como el paciente utilizan estrategias dramáticas para actuar "como si" la situación fuera neutral (Ibidem 1989)

La misma Francis, señala otros estudios adheridos a esta primera perspectiva, como lo son las investigaciones llevadas a cabo por ella misma y Peggy H. Thoits, acerca del manejo emocional que se lleva a cabo por los grupos de apoyo en instituciones de salud mental, o sobre el uso del humor como estrategia de trabajo emocional con el objetivo de evadir o enfrentar indirectamente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

situaciones difíciles en entornos clínicos; asimismo, menciona el trabajo realizado por Meerabeau y Page sobre el manejo de las emociones de las enfermeras durante los procedimientos de reanimación; y las investigaciones llevadas a cabo por Patricia S. Baker y compañía, Deborah Lupton y Carl May y compañía, acerca del rol de las emociones en la relación médico-paciente; también se menciona investigaciones relacionadas con el trabajo emocional de familiares de personas enfrentando alguna situación de enfermedad, como el caso de Juane N. Clarke sobre la expresión de las emociones de los padres de niños con cáncer, o el trabajo de Juniper Wiley acerca de la dramatización emocional en las situaciones de grupos de atención holística para la salud (Francis, 2006).

Respecto a la segunda perspectiva, esta se refiere a las emociones como herramientas políticas en las instituciones de salud. Francis apunta que la mayoría de estas investigaciones tratan sobre la enfermería como profesión (Bolton, 2001; O'Brien, 1994; Olesen & Bone, 1998), pues a las enfermeras y los enfermeros a menudo se les exige que muestren ciertas emociones, en concordancia con lo que Hochschild(2003) llamaría la mercantilización de las emociones, es decir, el fenómeno que consiste en vender y comprar las emociones como parte de la fuerza de trabajo; esto resulta claro en el caso, por ejemplo, de las aeromozas, a quienes, como parte de las normas emocionales de su profesión, se espera que den una impresión afectiva, cariñosa y atenta.

Otros estudios desarrollados bajo esta perspectiva van más allá de la salud y su cuidado, para ocuparse de las formas en que los profesionales de la salud responden a las emociones de otros y a las propias (Francis, 2006). El estudio de Meier y compañía (2001), por ejemplo, intenta reconocer las emociones que las y los médicos sienten cuando atienden a pacientes con enfermedades graves, las cuales pueden reflejar una necesidad de ayudar al paciente como frustración, impotencia, ansiedad, sensación de fracaso, pena, entre otras emociones que pueden afectar tanto la práctica clínica como su propio bienestar.

Otra investigación de este rubro es la de Sandra Thomas (2003), que se enfoca en la ira mal trabajada (*mismanaged anger*), en tanto que esta emoción es un problema recurrente en los entornos del cuidado. La investigación examina las diferencias de género que existen respecto a la expresión y manejo de la ira, y propone mecanismos para afrontarla cuando enfermeras y enfermeros se topan con una manifestación peligrosa de esta emoción, pero también estrategias para manejar la ira que ellas y ellos mismos sienten.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

También vale la pena recordar el trabajo de Allyson Robichaud (2003). La investigadora parte del supuesto de que no se ha puesto suficiente atención al rol que las emociones desempeñan en los entornos clínicos; propone que las emociones no son sólo residuos indignos de tomarse en cuenta, sino que son realidades cognitivas que transmiten sobre valores y creencias que son importantes porque promueven decisiones que afectan a otros y otras. Robichaud asevera que el profesional de la salud debe aprender a poner atención a las emociones de sus pacientes, a los seres queridos de los mismos, e incluso a las suyas propias.

Como se habrá notado, los estudios sociales, desde la perspectiva interaccionista y biológica que desarrolla una rama de la sociología de las emociones, se ha ocupado con amplitud de la relación médico paciente, del rol de las emociones en la interacción social de los profesionistas de la salud, pero poco de la socialización y el trabajo emocional, así como de las reglas emocionales de los estudiantes de medicina; se deba o no a lo mencionado anteriormente al respecto de dicha preferencia por las situaciones del entorno clínico por parte de las y los investigadores, lo cierto es que pareciera innegable que los años de formación universitaria del profesional de la salud son fundamentales para su desarrollo como profesionistas, pues “la anticipación, el enfoque y la participación temprana en la subcultura de la escuela de medicina es una fase críticamente importante de la socialización de los médicos.”(Hafferty, 1988)

La educación como realidad de acción social tiene un rol preponderante y, por supuesto, en particular la educación médica. Como ya se mencionó, la profesión del médico se considera la profesión de profesiones, por lo que no debería de resultar sorprendente que sus normas emocionales, su ideología de fondo y sus respectivas reglas de encuadre, resulten particularmente duras:

Medicina es la profesión arquetípica, y las normas que guían a las emociones de los médicos son estrictas. Idealmente, los médicos son alentados para sentir cierta simpatía moderada hacia sus pacientes [...] Presumiblemente, preocuparse demasiado por el paciente puede interferir con la donación de un buen servicio [...] Como han demostrado varios sociólogos, tanto el médico como el paciente utilizan estrategias dramáticas para actuar “como sí” la actuación fuera neutral. Tal desprendimiento, supuestamente, ayuda a lidiar con la muerte y los muertos, con la presión de cometer errores y con la incertidumbre del conocimiento médico. (Smith & Kleinman, 1989, p. 56)

Ahora bien, tanto en la sociedad, como dentro de las facultades de medicina, lo que significa ser un “buen doctor” orienta la dirección y la intensidad de los esfuerzos que buscan fomentar

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

adecuadamente el desarrollo y el aprendizaje de quienes estudian para convertirse en profesionales de la medicina. Sin embargo, la convención sobre el perfil del “buen doctor” no es un todo consensado y, por si fuera poco, casi no existe persona que no se haya hecho una idea al respecto, pues tanto en las comunidades urbanas como rurales, y desde hace cientos de años, el rol del doctor resulta muy importante y prácticamente todo mundo ha entablado o entablará, por mínima que sea, una relación médico-paciente, lo que resulta una experiencia legítima, aunque en el marco de su laicismo, para establecer juicios sobre lo que se considera una buena atención médica.

La formación del profesional médico también es estudiada bajo la lupa del clasismo, el racismo y el sexismo. Yasmeeen Daher, Evin T. Austin y compañía (2021), al igual Nientara Anderson y compañía(2020), visibilizan cómo las características físicas y raciales afectan los procesos de admisión en las escuelas de medicinas de Estados Unidos; de igual manera Vanessa Cristine Riberiro Fredrich y compañía (2022) demuestran cómo la discriminación de la población negra tiene como consecuencia una poca representación de esta en el cuerpo docente, afecta, también, los procesos de admisión y, además, provoca bajas por burlas y comentarios denigrantes entre el estudiantado negro.

En el caso de la discriminación de género, la tesis de Marcia Villanueva (2019), los artículos de Gunilla Risberg, Eva E. Johansson y Katarina Hamberg (2009), los estudios de Petra Verdonk y compañía(2008), e investigadoras como Megan E. L. Brown, George E G Hunt, Ffion Hughes y Gabrielle M. Finn (2020), visibilizan el trato diferenciado a las mujeres estudiantes de medicina, tanto en las aulas como en la práctica clínica, lo que a menudo conduce a situaciones de violencia y acoso por parte de compañeros estudiantes y personal superior en la jerarquía médica.

Actualmente, la formación del o la estudiante de medicina, se enfoca en el desarrollo de habilidades para expresar el malestar del o la paciente mediante la estructura estandarizada del historial clínico, lo que debilita y empaña la capacidad nata de obtener información significativa por medio de la escucha atenta de las narrativas interseccionales de cada paciente(Charon, 2006). Las escuelas de medicina, públicas o privadas, también tienen un perfil sobre el tipo de profesional médico que desean formar. Idealmente, tanto los profesores como los estudiantes y demás personal de salud involucrado en las labores universitarias, deberían ser partícipes en la delimitación de objetivos y el diseño o selección de instrumentos y metodologías para lograr una formación médica de excelencia, sin embargo, esto no siempre, sino es que nunca, es así.

Al respecto, Suárez Obando y Díaz Amado explican que “la formación médica actual debe contemplar los aspectos constitutivos de la complejidad que caracteriza a la formación médica y que podemos situar más allá de lo médico mismo”, es decir, lo político, lo social, lo económico, lo jurídico y lo ético; sin embargo, es frecuente que no haya una integración adecuada entre la realidad vivida por los estudiantes y los fundamentos teóricos que se dictan en clase, lo que puede generar resultados no buscados en el periodo de formación y en la consecuente práctica futura (Obando & Amado, 2007)

Por lo general, se espera que el doctor o doctora brinde un servicio amplio y complejo que a pocos profesionales se les exige, el cual requiere que se tenga conocimientos técnicos, habilidades comunicacionales y hasta preparación espiritual, pero, como generalidad, las funciones de los médicos son muy diversas, en cambio, la formación de los médicos no está suficientemente diversificada” (Guy, 1969, p. 119). Como señalan algunas publicaciones de la Revista Médica de Chile,

en las definiciones hay gran heterogeneidad: por ejemplo, para un médico, el rol de médico, puede ser desde ‘un intermediario entre el hombre y Dios’, hasta ser un ‘hombre con suficientes capacidades para curar y sanar a otra persona’, o simplemente ‘una persona compasiva y humana, interesada en el cuidado de su paciente’. Hay también visiones poéticas del quehacer médico, e incluso, otros que se han aventurado a diseñar un ABC para el ‘buen doctor’ (M et al., 2006, p. 948).

Suele aceptarse que el profesional médico requiere más que la sola formación y el conocimiento académicos, además son necesarias ciertas cualidades personales, sin embargo, así como el concepto mismo de “buen doctor” es aún poco uniforme, la terminología y los parámetros para quienes lo han intentado acotar también resultan inconsistentes.

Merece la pena, pues, recordar que, en el caso de la profesión médica, como en el resto de las profesiones, resulta común que se desarrollen perspectivas diferentes, y en ocasiones contrarias, a las del público general acerca de la labor en cuestión, lo cual genera desencuentros al momento de interactuar; así lo apuntan Kleinmann y Allen: “Se supone que los profesionistas deben saber más que sus clientes y mantener relaciones agradables, pero no personales con ellos. La distancia social entre el profesionista y su cliente es deseada (1989).”

Sobre las delimitaciones institucionales, el artículo de Hurwitz et al., (2013) titulado *The desirable qualities of future doctors- A study of medical students’ perceptions*, se hace un breve recorrido sobre los estudios recientes de organizaciones e instituciones que proponen perfiles estandarizados

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

para identificar las cualidades, aptitudes y actitudes que debe tener la o el médico modelo. Según este artículo, algunos estudios han definido hasta 87 cualidades propias del “buen doctor”, acudiendo tanto a la perspectiva de quienes participan en la enseñanza médica y en la impartición de servicios de salud. Otros estudios también han recurrido a la percepción de los pacientes y usuarios de los servicios salubristas, así como a personas con un conocimiento médico especializado o nulo.

Estos estudios han demostrado que las características deseadas no varían mucho entre aquellos que tienen un bagaje amplio sobre medicina y salud, y aquellos que no lo tienen, destacando que sólo algunas cualidades como la precaución política, la preparación continua y la capacidad para coordinar a otras personas, son destacadas por los especialistas en algún rubro de la práctica general médica. (Hurwitz et al., 2013)

La importancia sobre lo que significa ser un “buen doctor” según instituciones como universidades, centros de atención u organismos gubernamentales de salud pública, resulta relevante en tanto que influyen en, aunque no determinan, la perspectiva del resto de la sociedad, si bien es cierto que también es la cultura en la que esa sociedad se desarrolla la que orienta el rumbo de sus instituciones educativas y de gobierno; además, respecto a la formación de los futuros médicos, la perspectiva de los estudiantes mismos ha sido poco tomada en cuenta, a pesar de que su punto de vista es de suma relevancia debido a que puede informarnos, ampliamente, sobre los valores, aspiraciones, objetivos e identidad profesional de las y los futuros galenos y galenas.

En términos generales, se ha diferenciado esta condición en tanto que las y los estudiantes se preocupan por integrarse al ámbito relacional académico, mientras que los ya graduados se preocupan por ejercer aquello que aprendieron y aquello que la experiencia laboral les ha brindado o no; es decir, que los estudiantes se preocupan por tener éxito como sujetos en preparación, por pasar las materias, por encajar entre sus compañeros y sus superiores, además de ir adoptando las normas y valores respecto a la expectativas de su futura profesión; mientras que un médico ya formado orienta sus esfuerzos a fines muy distintos, así lo señala la investigación *Boys in White: students' culture in medical school*:

El joven descubrirá muy pronto que primero debe aprender a ser un estudiante de medicina, cómo deberá actuar en un futuro, cuando ya sea un médico, no es un problema inmediato. Resulta que el estudiante de medicina ve el mundo desde una perspectiva cambiante; cómo escalar la montaña puede ser una pregunta al fondo de su cabeza, pero cómo abrirse paso a través del pantano que precede a la colina que le sigue absorbe toda su atención. (Becker et al., 1961, p. 5)

Un interés particular de esta investigación, estaría volcado sobre la forma en que, dentro del constructo interrelacional del “buen doctor” que se genera en la escuela de medicina, están consideradas las normas emocionales, es decir, cuál es el discurso, explícito e implícito, del estudiante de medicina acerca del manejo de las emociones, qué lugar tiene en el instrumental pedagógico de la facultad de medicina en sus códigos de ética, y en la experiencia de los estudiantes como marcos ideológicos que ayuden a determinar las reglas de encuadre para administrarlas.

Recordemos que, según Hochschild (2003), existen reglas emocionales (feeling rules) que nos sirven para interpretar si una emoción es adecuada ante determinadas situaciones y modificar su demostración o exhibición (display); esta demostración, que va precedida de un trabajo emocional casi instantáneo, también depende del rol social que se asume –como el de un marido, una esposa, una estudiante de medicina, un doctor o doctora– pues conforma la manera de referirse a las emociones y sentimientos que la gente cree que puede exigir o le son exigidos: “Un rol establece una base para que una emoción parezca apropiada respecto a una serie de eventos. Cuando los roles cambian, también cambian las reglas de cómo sentirse respecto a e interpretar eventos.(Ibid. 2003, p. 74)”

En el caso de esta investigación, nos interesa el rol que el estudiante de medicina aprende a desempeñar. A partir de la teoría, por ejemplo, parece seguro aseverar que demostrar respeto con emociones es fundamental en la formación médica, pues los modelos a seguir, el mentor o mentora, son elementos que resultan de suma relevancia. Puede que, como parte de la capacitación médica, algunas de las reglas emocionales impliquen la aceptación de la subordinación, la inequidad y la desigualdad. Se parte, pues, del supuesto de que las emociones de las y los estudiantes de medicina, así como de los médicos ya en activo, son utilizadas (al menos algunas) como instrumentos de trabajo, pero también como medios para obtener y mantener cierto prestigio.

En este sentido, se valorarán algunos aspectos que usualmente se exigen como elemento emocional del o la profesional de la medicina, tales como la empatía, considerada, cada vez más, una competencia básica en el aprendizaje de la medicina del siglo XXI, la cual se define como la capacidad de entender las emociones de los pacientes, así como sus perspectivas y experiencias; además de requerir habilidades cognitivas, de comprensión y de comunicación como componentes básicos de la misma (Esquerda et al., 2016).

Vale la pena recordar que el trabajo emocional (emotion work) que realiza cualquier persona, se convierte, a decir de Arlie Hochschild, en labor emocional (emotional labour), cuando este se enmarca dentro de una ocupación o profesión, restando privacidad a un proceso de acciones que usualmente suceden en la esfera de la intimidad y la introspección, para convertirse en un acto público que se intercambia, es decir, que se compra o se vende; también sucede que las reglas emocionales pierden algunas de sus cualidades implícitas y se asientan de forma explícita y pública; de igual forma, el intercambio social se restringe a canales más reducidos propios de la profesión u ocupación.

Pero esto no acaba aquí, pues las emociones no sólo se ponen en juego cuando se atiende a un paciente. Las emociones están presentes prácticamente en cada momento, pues ellas configuran y reconfiguran nuestra identidad, atraviesan toda nuestra existencia, todas las esferas de la vida, de tal manera que la esfera del entrenamiento clínico del estudiante de medicina, se entrecruza con la esfera familiar, la de pareja, y demás ramificaciones de la red social a al que pertenezca el estudiante.

Este tipo de relaciones han sido estudiadas por Christin Bergmann, Thomas Muth y Adrian Loerbroks, al respecto al estrés que producen las exigencias académicas de estudiantes de pregrado en áreas distintas a la universitaria en la cotidianidad de estudiantes de medicina. La investigación se ocupa de las emociones como la culpa que sienten por no dedicar “el tiempo suficiente” al estudio, lo que en muchas ocasiones provocaba estrés, alteraciones en la calidad de sus relaciones familiares o amistosas, entre otras, provocando así el demérito de la salud mental y el bienestar de los estudiantes (Bergmann et al., 2019).

Otras emociones a explorar serían aquellas relacionadas con la incertidumbre y los límites del conocimiento médico, tales como la frustración, la impotencia, el miedo, la repulsión, la atracción sexual, entre otras emociones y sentimientos que emergen y se trabajan dentro del entorno de socialización de los estudiantes de medicina.

El enfoque en las emociones no es fortuito, y también se ha estudiado el impacto que tienen éstas en los primeros encuentros con la práctica clínica de los estudiantes, Helmich y Koopmans llevaron a cabo una investigación en la que, mediante la recolección de narrativas de los estudiantes, identificaron el rol de las emociones en la formación de la identidad profesional del futuro médico o médica:

El desarrollo de la identidad es un proceso emocional, cognitivo y social que puede ser considerado a nivel individual y social. Los estudiantes dan sentido a sus experiencias emocionales durante las primeras prácticas clínicas dentro de sus contextos personales y socioculturales particulares [...] Al contar historias sobre experiencias y tratar de darles sentido, los estudiantes moldean y remodelan sus identidades en desarrollo.
(Helmich et al., 2012, p. 1075).

En cuanto al valor que los estudiantes de medicina le dan a la dimensión emocional, un estudio realizado en la Universidad de Cape Town, Sudáfrica, aborda cualitativamente lo que para las y los estudiantes es la práctica médica, la medicina como conjunto, y las expectativas que tienen respecto a su futuro profesional; las autoras enlistan una serie de percepciones generales que comparten las y los estudiantes e incluye una percepción casi siempre positiva de la profesión médica; un alto entusiasmo al respecto de convertirse en médicos y médicas, a pesar de identificar aspectos difíciles o negativos de la profesión; también se menciona que dentro del ámbito universitario hay una tendencia hacia una perspectiva holística de la medicina, la cual vendría a suplantar un viejo interés puramente biomédico; que a pesar de lo anterior, las y los estudiantes, en la práctica, esperan una formación más enfocada en lo biomédico que en lo psicosocial; y que existe una tendencia a dar por hecho que la atención primaria no formará parte de su desarrollo profesional (Draper et al., 2007).

Respecto a los estudios locales (Ángel & Patricia, 2016; Elena & Macías, 2014; Saldívar et al., 2014), no está de más destacar que la mayoría de las investigaciones acerca de la dimensión emocional de los estudiantes de medicina, parecen partir, únicamente, de la perspectiva biologicista y clínica, sin tomar en cuenta, a consciencia, el rol de las emociones como factor reproducción, mantenimiento o cambio de las estructuras sociales.

En los siguientes apartados se abundará sobre las categorías de análisis relativas a la socialización, el trabajo y la administración emocional, su relación con lo que se considera socialización profesional y profesionalismo y los vínculos de estos conceptos con la educación médica; también se desarrollarán los conceptos de currículo oculto, formal e informal, como herramientas de investigación y categorización de los posibles observables con los que se trabajará.

Reglas emocionales y administración de las emociones

Con el objetivo de aclarar nuestro interés en la dimensión emocional desde una perspectiva mayormente social, en contraste (aunque sin excluirla) con la psicológica, recurrimos a la teoría de la administración de las emociones (*emotional management*) y la labor emocional (*emotional labour*) que propone Hochschild, para lo cual debemos pensar algunas de las ocupaciones y profesiones modernas como una dotación de servicios y no como la transformación de una materia prima para venta. Esto lo señala la investigadora estadounidense al señalar que las características de los trabajos exigen habilidades distintas como la interacción con personas:

Uso el término “labor emocional” para referirme a la administración de las emociones que crea una representación corporal, facial pública y observable; la labor emocional es vendida a cambio de un sueldo y, por lo tanto, tiene “valor de cambio”. Recurro a los términos sinónimos de “trabajo emocional” y “administración emocional” para referirme a los mismos actos llevados a cabo en la esfera privada donde estos tienen “valor de uso”.(Hochschild, 2003, p. 7)

Arlie Hochschild recurre a terminología marxista porque le interesa, precisamente, el lugar de las emociones en la esfera laboral, pero parte de la premisa que supone que todas las personas realizan trabajo emocional (*emotional work*), el cual se distingue de la labor emocional (*emotional labour*) porque la primera se lleva a cabo en la esfera privada y en la vida cotidiana, y no como parte de un sistema constreñido a acciones y situaciones específicas, como lo son las profesiones o los campos de la formación profesional:

Quienes discuten acerca del trabajo, a menudo señalan que, hoy en día, la mayoría de los trabajos requieren la capacidad de tratar con personas en lugar de con cosas, más habilidades interpersonales y menos habilidades mecánicas [...] el crecimiento del sector de servicios se traduce en que la “comunicación” y el “encuentro” –la respuesta del ego al otro y viceversa– es hoy la relación laboral central. (Ibid. 2003, p. 10)

Para Hochschild y Russell (1979) las emociones³ se definen como la correspondencia corporal con una imagen, un pensamiento o un recuerdo, en la que el individuo está consciente de dicha correspondencia, de tal manera que puede actuar sobre ella; esta emoción, si bien, como se apunta,

³ Hochschild entiende los términos “emoción” y “sentimiento” como equivalentes intercambiables, ya que para la investigadora el sentimiento es una emoción suavizada (*mild emotion*), por lo que en este texto se mantendrá dicha equivalencia al referirnos tanto a sentimientos como a emociones.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

tiene su lugar en el organismo, también es modificada, influida o regulada por las estructuras sociales y sus convenciones, las cuales, por supuesto, son contingentes e históricas.

Yo definiría los sentimientos y las emociones como sentidos, al igual que el oído o la vista [...] las experimentamos cuando sensaciones corporales van unidas con lo que vemos o imaginamos. De la misma forma que el oído, la emoción comunica información; esta tiene, como argüía Freud sobre la ansiedad, una “función de señal”. Desde los sentimientos, descubrimos nuestro propio punto de vista acerca del mundo.(Hochschild, 2003, p. 17)

En concordancia con Goffman, Hochschild sugiere que, en una situación social determinada, los participantes muestran ciertos estados psicológicos y actitudes correspondientes con ésta, de tal manera que cuando una emoción, sentimiento o estado de ánimo, se desvía de lo permitido por la situación y el rol del actor, es cuando se vuelven en sumo manifiestas las reglas o normas emocionales (*feeling rules*), es decir, los parámetros que delimitan la intensidad, dirección y duración del sentimiento legítimo o apropiado, además de la forma de expresarlo o no, en caso de que resulte adecuado.

Ahora bien, la legitimidad de un sentimiento puede ser de tres tipos: clínica, moral o socioinstitucional. La legitimidad clínica se pierde cuando las emociones se desvían del rango normal o sano; la legitimidad moral se difumina cuando el sentimiento es inapropiado desde un punto de vista, valga la redundancia, moral; y la socioinstitucional responde al lugar y la situación en la que el actor siente o manifiesta (Bericat Alastuey, 2000).

En este sentido, se matiza la concepción puramente biológica de las emociones y se opta por un modelo relacional como punto de partida para la conformación de las mismas en escenarios sociales bien definidos, sin por ello desdeñar el trasfondo biológico que de hecho permite el origen y desarrollo de las mismas emociones. Cabe destacar que, desde la perspectiva de estas autoras, los términos emoción (*emotion*) y sentimiento (*feeling*), se usan indistintamente a pesar de que la connotación de emoción, según las mismas investigadoras, a menudo se entiende como un sentimiento que sobrepasa al individuo(A. Russell & Hochschild, 1979).

Siguiendo con la perspectiva interaccionista, Hochschild y Russell profundizan en los conceptos de *acto* y la *situación* goffmanianas. Recordemos que para Goffman la interacción social consiste en un conjunto de estrategias que definen o dan sentido a la vida cotidiana. Ahora bien, esta vida cotidiana es una especie de foro dramático en el que intervienen actores y el público espectador, los cuales pueden intercambiar roles entre ellos, es decir, que a momentos se es público y a

momentos actor o actriz, según cómo el investigador o investigadora defina al fenómeno social. Por un lado, durante la interacción, el actor busca dar una impresión al espectador sobre quién es, por lo que se pone en juego una interpretación del yo (*self*), que a su vez es sopesada por el público al ponderar la pertinencia de dicha interpretación, para reaccionar de acuerdo a la impresión recibida y la impresión pretendida en una situación determinada (Zalpa, 2019).

Sin embargo, para Hochschild y Russell el actor no sólo es capaz de modificar el papel que representa ante los demás, sino que también es capaz de actuar ante sí mismo para emitir una impresión que sea legítima interior y no sólo exteriormente. Estos dos tipos de actuación son denominados por las autoras como actuación superficial (*surface acting*), la primera, y actuación profunda (*deep acting*) la segunda:

Un actor que interpreta el papel del Rey Lear podría realizar su tarea de dos maneras: siguiendo la escuela de actuación inglesa, podría centrarse en el comportamiento externo, la constelación de expresiones minuciosas que corresponden al sentido de miedo e indignación de Lear. Este es el tipo de actuación que teoriza Goffman. Otro actor, que se adhiere a la escuela de actuación estadounidense o Stanislavsky, podría guiar sus recuerdos y sentimientos de tal manera que suscite las expresiones correspondientes. La primera técnica que podríamos llamar "actuación superficial", la segunda "actuación profunda". Goffman no distingue el primero del segundo, y oscurece la importancia de la "actuación profunda". Al oscurecer esto, nos queda la impresión de que los factores sociales impregnan solo la "piel social", las apariencias externas probadas del individuo. Nos quedamos subestimando el poder de la sociedad (A. Russell & Hochschild, 1979, p. 558)

En esta toma de consciencia, por así decirlo, de lo que se siente y se piensa, antes de manifestarlo, es en donde el trabajo emocional se hace posible. En concreto, el concepto de trabajo emocional se refiere a la acción de intentar cambiar la intensidad o incluso la calidad de una emoción o sentimiento, sin que necesariamente se obtenga éxito en términos de la consecución de los resultados deseados, es decir, que también existen los actos fallidos del trabajo emocional, los cuales ya en sí mismos indican el ideal que se buscaba alcanzar en un principio de la acción. “En resumen, la perspectiva del trabajo emocional dirige su atención a cómo las personas tratan de sentirse, no, como para Goffman, a la manera en que las personas aparentan sentirse (Ibidem 1979, p. 560).”

En cuanto a la relación con la estructura, Hochschild señala que el control emocional es fundamental para el control social y la participación en la configuración de determinados órdenes sociales, pues cuando existe una disonancia o desviación de la norma, se desencadenan gestiones

emocionales por parte de otros actores o del actor mismo (*deep acting*), que por lo regular preceden a esfuerzos por modificar las impresiones.

Como parte de la revaloración crítica que hace Hochschild del trabajo de Goffman, la investigadora recupera el concepto de la “mosca en la pared”, para la cual cada segundo de experiencia humana es un largo relato. Desde esta perspectiva, cada situación tiene su propia lógica social que los participantes en ella mantienen, de tal manera que cada una de estas situaciones “cobra un impuesto” o exige al individuo determinado comportamiento o sentimiento a cambio de protección ante lo impredecible y de integrarse a algo más grande. Cuando una persona se niega o trata de evitar el pago de dicho impuesto, que por lo general se presenta en forma de divisa emocional, esta persona se convierte en un “desviado emocional” (*emotional deviant*). El ejemplo goffmaniano por excelencia de esta clase de impuesto es la vergüenza; cuando, ante una situación o evento que exige vergüenza, el actor o la actriz no muestran vergüenza, se viola una regla implícita que entonces tiende a explicitarse.

Cabe señalar que, a diferencia de Goffman, que piensa en cada situación como única e irrepetible, Hochschild señala que es posible establecer lazos estructurales entre cada situación a través de las instituciones y la personalidad, para evitar que cada una se vea como una isla, imposible de vincularse con las otras situaciones:

El problema con esta interpretación de la realidad es que no existe un vínculo entre todas las situaciones. Hay impuestos por aquí, impuestos por allá, pero no hay noción alguna sobre un patrón general que conecte dichas “colecciones”. La estructura social, para Erving Goffman es sólo nuestra idea sobre lo que múltiples situaciones de cierto tipo se suman [...] Para resolver este problema, demos recuperar el desarrollo de Goffman y vincularlo con instituciones por un lado y con la personalidad, por el otro. (Hochschild, 2003, p. 225)

El trabajo emocional sirve para modificar la intensidad o cualidad, de una emoción o sentimiento, pero es importante diferenciar la mera supresión del sentimiento del trabajo emocional, pues este no sólo consiste en reprimir una determinada emoción, sino en promover o evocar otra gama de emociones o sentimientos. Así pues, se puede dividir el trabajo emocional en dos tipos: la “evocación”, que se concentra en estimular las emociones deseadas que están ausentes; y la “supresión”, que se concentra en las emociones no deseadas que sí están presentes.

El trabajo emocional puede llevarse a cabo sobre uno mismo (*by the self upon the self*), sobre otros (*by the self upon others*), o sobre uno mismo por los otros (*by others upon the self*). En cualquiera

de los casos el actor o actriz es consciente de las discrepancias entre lo que siente, lo que quisiera sentir, y lo que piensa que es el sentimiento apropiado para determinada situación; el trabajo emocional es el proceso mediante el cual se intenta cerrar la brecha de esa discrepancia, para lo cual, además existen varias estrategias: la cognitiva, que consiste en el intento de modificar una idea, imagen o pensamiento para cambiar la emoción relacionada con estos; la corporal, que consiste en modificar los síntomas o expresiones físicas que denotan ciertas emociones, como tratar de no temblar o respirar profundamente; y la expresiva, la cual se concentra en cambiar los gestos esperados por otros como tratar de no reírse o llorar, con el objetivo de sentir lo que la expresión denota, sin que esto se limite a una pura representación ficticia, pues la intención, recuérdese, es evocar, suprimir o temperar un sentimiento determinado.

Como se mencionó al inicio de este apartado, Hochschild desarrolla el concepto de normas emocionales (*feeling rules*), que indican el momento adecuado y el grado de expresión correcto. En palabras de la investigadora las normas emocionales son “las pautas sociales que dirigen cómo queremos tratar de sentirnos [...] un conjunto de reglas socialmente compartidas, aunque a menudo latentes (no pensadas a menos que se les pruebe) (A. Russell & Hochschild, 1979, p. 563)”.

Son, pues, las reglas emocionales las que guían el trabajo emocional. En la esfera privada, es común que estas reglas se den por sentado, pero no por ello son siempre invisibles; entonces, ¿cómo las identificamos?, ¿cómo se manifiestan en el intercambio social? Para responder estas preguntas es necesario enfocarnos en la evaluación de las emociones que experimentamos y las emociones que deberíamos experimentar:

Las personas evalúan sus emociones como si estuvieran aplicando estándares de estas. Dichos actos de evaluación son reacciones secundarias a la emoción; de estas reacciones secundarias podemos postular la existencia de reglas. El concepto de reglas emocionales otorga sentido a patrones estables en los que encajan muchos actos de evaluación. Entonces, una evaluación puede tomarse como una “aplicación” de una regla más general. Usando fragmentos de datos sobre la evaluación, podemos comenzar a juntar partes de un conjunto más general de reglas que guían la actuación profunda, un conjunto que es socialmente variable e históricamente cambiante [...] Al igual que con las reglas de etiqueta, no suponemos que un conjunto de reglas emocionales sea universal u objetivamente válido a ningún criterio moral, en cambio, son reglas de tráfico culturalmente relativas. (Hochschild, 2003, p. 260)

Esta cualidad de la expresión emocional y, en cierta medida, el control de ésta, deja abierta la posibilidad de, en palabras de Hochschild, la inautenticidad, es decir, a la expresión de emociones o sentimientos que el actor no siente verdaderamente, aunque la disonancia entre las normas emocionales entre lo que sentimos realmente, lo que queremos sentir y lo que debemos sentir siempre tratará de ser subsanada mediante el trabajo emocional:

el individuo compara y mide la experiencia frente a una expectativa a menudo idealizada. Se deja para que la motivación ("lo que quiero sentir") medie entre la norma emocional ("lo que debería sentir") y el trabajo emocional ("lo que trato de sentir"). Algunas veces, muchos de nosotros podemos vivir con una cierta disonancia entre "deber" y "querer", o entre "querer" e "intentar". Pero los intentos de reducir la disonancia emotiva son las pistas consecutivas que evidencian las reglas emocionales (ibidem 1979, p. 565).

Al respecto de las reglas emocionales, se señala que comparten algunas características con otro tipo de reglas de interacción social, como puede ser las reglas de vestimenta para una cena formal o los modales de mesa. Al igual que otras reglas, las normas emocionales crean un campo de acción donde se pueden sentir determinadas emociones apropiadas para la situación; además, las normas emocionales pueden ser acatadas o no, con las debidas consecuencias dependiendo de la infracción; por otro lado, este tipo de normas se diferencia de otras en cuanto a que no siempre se refieren a la acción, sino a un momento previo a la actuación.

En relación con las estructuras que circundan el trabajo emocional y las normas emocionales, no se deja fuera la presencia de las ideologías, para esto se introduce también el concepto de reglas de encuadre (*framing rules*) que sirven para definir o interpretar una situación a la cual un sentimiento se ajusta o no mediante las normas emocionales.

En este sentido, se considera a las normas emocionales como telón de fondo de las ideologías, pues ayudan a enmarcar la situación en coadyuvancia con las reglas de encuadre. Un ejemplo es la interpretación que le da una persona a un despido, pues el individuo puede pensar que tiene derecho a enojarse con su jefe o no, si considera su relación con la empresa como un rasgo más de la opresión capitalista o como uno más de sus fracasos individuales; otro ejemplo es la reacción emocional de una mujer golpeada por su pareja; si su ideología está fincada en el patriarcado hegemónico, aceptará los golpes como un castigo merecido, pero si su ideología tiene rasgos feministas, es muy probable que se sienta con el derecho y casi la obligación de enfurecerse y mostrar su descontento(A. Russell & Hochschild, 1979, p. 566).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Como vemos, la ideología en cuestión dirige la interpretación hacia conclusiones sobre lo que se debe o no sentir, de tal manera que, si cambia la ideología, cambian también las reglas de encuadre y, por lo tanto, las normas emocionales. Esto tiene que ver también con las relaciones sociales de poder, pues al igual que los discursos racionales, un sistema de normas emocionales también puede establecer su hegemonía:

A medida que algunas ideologías ganan aceptación y otras menguan, los conjuntos rivales de reglas de sentimientos se elevan y caen. Los conjuntos de normas emocionales compiten por un lugar en la mente de las personas como un estándar de gobierno con el cual comparar la experiencia real vivida de, por ejemplo, el baile de graduación, el aborto, la boda, el nacimiento, el primer trabajo, el primer despido, el divorcio (A. Russell & Hochschild, 1979).

Las emociones o sentimientos, tienen, pues un lugar importante en la interacción social, entendida esta como un proceso de representación basado en lo que las personas creen que es la realidad y sus elementos, por lo que su actitud hacia la realidad, con el trabajo emocional y no sólo con la racionalidad de por medio, como supondría Goffman, se modifica si las formas de interactuar, es decir, las reglas también cambian.

Ahora bien, el espacio escénico propuesto por el interaccionismo es también recuperado por la sociología de las emociones de Hochschild. El intercambio social de gestos al que se refiere Goffman (1959), entendidos como actos de exhibición (*acts of display*), se corresponde con lo que Hochschild llama actuación superficial, son llevados a cabo siempre como impresiones destinados a los otros, al público espectador:

los actos de exhibición también pueden considerarse "intercambiados" en el sentido limitado de que el individuo a menudo siente que un gesto se debe a uno mismo u otro. Me refiero, entonces, al intercambio de actos de exhibición basados en una comprensión previa y compartida de los derechos modelados. Cualquier gesto, un saludo cordial, una risa apreciativa, la disculpa por un choque, se mide con un sentido previo de lo que razonablemente se le debe a otro, dado el tipo de vínculo involucrado (A. Russell & Hochschild, 1979)

En la interacción social se intercambian tanto los gestos de exhibición, que se corresponden con la actuación superficial, y el trabajo emocional, que se corresponde con la actuación profunda; así pues, las reglas emocionales se manifiestan en el intercambio social de dos maneras: en la primera el individuo o actor se toma en serio la normativa emocional que exige la situación, es decir, los sentimientos que debiera mostrar, y en consecuencia hace todo lo posible por sentir realmente lo que debe; y en la segunda, los actores no toman en serio las normas emocionales y, por lo tanto,

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

juegan con las impresiones que la situación exige que muestren, aunque estas sean sólo un simulacro.

Como vemos, para Hochschild (2013) las emociones están repletas de sentido, pues se vinculan con contextos sociohistóricos normativos, expresivos y políticos. Lo normativo se manifiesta en el hecho de que existen ciertos parámetros sociales sobre lo que se debe sentir en ciertas situaciones, lo que deriva en mecanismos de control de los propios sentimientos, cuando una emoción se sale del margen de lo permitido. Se podría decir, pues, que para Hochschild y Russell la sociología de las emociones aporta un sustento fenomenológico a la teoría de los actores de Goffman e incluye sus análisis situacionales en un marco estructural e ideológico más amplio.

Nos interesa, entonces, descubrir de qué modo se desarrolla la estudiante y el estudiante de medicina dentro del universo emocional en relación con las condiciones estructurales de intercambio de nuestra sociedad, pues las emociones adquieren y dan sentido, de forma simultánea, ya que estas están orientadas a la acción y son una especie de señal que indica la relevancia del propio actor en una situación dada. Así pues, este estudio debe tomar en cuenta y relacionar la administración emocional (*emotional management*), las normas emocionales (*feeling rules*), así como las reglas de encuadre (*framing rules*), es decir, la estructura social y la ideología de la institución en cuestión, en este caso la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Preguntémonos ahora, ¿cómo se trasladan los mecanismos de la administración emocional y el trabajo emocional al campo de la medicina en general y de la educación médica en particular? o, en palabras de Hochschild, cómo se llega a la transmutación del trabajo emocional, íntimo y cotidiano, al de la labor emocional, propia de una profesión u ocupación.

Para la investigadora estadounidense

el sistema entero de intercambio emocional en la vida privada tiene como propósito aparente el bienestar y el placer de las personas involucradas; cuando este sistema emocional se introduce en un entorno comercial (*o profesional*) se transmuta. Un motivo de lucro se desliza bajo actos de administración emocional (Hochschild, 2003, p. 119)

Dado que la teoría sobre las emociones en la esfera social de Hochschild se refiere a la comercialización de estas, es necesario acotar sus propuestas al ámbito de la profesión y la formación médica, pues si bien es cierto que hay un aspecto comercial en la dotación de un servicio de salud como lo es la atención médica (tanto en niveles privados como públicos), también es cierto que no se enfoca sólo en el intercambio comercial y en la puesta a disposición de la fuerza de

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

trabajo a tal o cual empresa, como es el caso de las y los auxiliares de vuelo o los recaudadores de deudas a los que se dedica la investigadora. Sin embargo, tres características son apuntadas por Hochschild para considerar si una profesión exige someterse a y reproducir patrones de trabajo y administración emocional:

Primero, requieren un contacto de cara a cara o de voz a voz con el público; en segundo lugar, requieren que el trabajador produzca un estado emocional en otra persona, gratitud o miedo, por ejemplo; en tercer lugar, permiten al empleador, mediante formación y supervisión, ejercer cierto grado de control sobre las actividades emocionales de los empleados. (Hochschild, 2003, p. 147)

En el caso de las y los profesionales de la salud, es evidente que tratan con cuerpos y emociones al respecto de los cuerpos, al encarar pacientes, colegas y subordinados, por lo que se cumple la primera condición; en cuanto a la segunda condición, esta se cumple en la exigencia que se le hace al profesional de la salud para que incida en las emociones propias y de los otros:

A veces, el trabajo del médico es presentar información alarmante al paciente y ayudarlo a manejar sus sentimientos al respecto; en general, el médico está capacitado para mostrar una preocupación amable y confiada por el paciente; idealmente es confiado y confiable, pero a veces dicha confianza puede romperse en ambos lados (Ibidem. 2003, p. 151).

En lo que respecta a la tercera condición, es necesario hacer ciertos ajustes señalados por la misma investigadora, los cuales consisten en tomar en cuenta que el médico o la médica no siempre trabajan bajo el mando de alguien más que los supervise constantemente, sobre todo si trabajan ofreciendo consulta de forma privada, aunque las jerarquías de los hospitales sí que dan pie a que esta condición se cumpla. De cualquier forma, Hochschild apunta que, aunque el doctor o la doctora tienen

contacto personal y tratan de afectar los estados emocionales de otros, éstos no trabajan con supervisores de sus emociones inmediatamente a la mano; más bien supervisan su propio trabajo emocional considerando las normas profesionales informales y las expectativas del cliente. (2003, p. 153)

También cabe destacar que, dado que el rol de los actores o actrices influye en la manera en que se interpreta una situación o evento, y en las reglas emocionales que acata o no acata, así como en la manera en que realiza el trabajo emocional, el factor de género influiría, seguramente, en la administración emocional de las y los estudiantes de medicina.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Siendo que las mujeres tienen más experiencia en el manejo de las emociones debido al rol de la femineidad que la sociedad les atribuye, es posible que su adaptación a las reglas emocionales de la profesión médica sea distinta, sobre todo en lo que refiere a los contextos en que se ejerce y se lucha por el poder dentro de las jerarquías de la profesión.

Podemos, entonces, preguntarnos: ¿cuáles son las reglas emocionales que sigue y mantiene estudiantado de medicina en al UAA?, ¿qué normas de encuadre delimitan o definen a las reglas emocionales?, ¿de qué forma y en qué situaciones se hace patente el trabajo y la administración emocional? ¿bajo qué reglas está permitido expresar, y con qué grado, es decir, mediante qué estrategia, dichas emociones?, ¿existe alguna regularidad en los actos de exhibición? ¿cuál es la ideología de fondo que sirve para definir las normas de encuadre de los estudiantes de medicina? Para responder estas preguntas resultará necesario definir qué es la profesión médica y de qué manera se socializa y profesionaliza un estudiante para poder ejercerla. Para lo anterior será necesario revisar también el concepto de currículo oculto como herramienta analítica para localizar el lugar de las emociones en el proceso formativo de las y los estudiantes de medicina.

La profesión médica y el currículo oculto

Al ocuparse de la educación médica, Merton definió los objetivos básicos de ésta de la siguiente manera: “formar al novato como un practicante efectivo de la medicina, otorgarle los mejores conocimientos y habilidades, y proveerlo de la identidad profesional necesaria para que llegue a pensar actuar y sentir como un médico”(citado en O’Donnell et al., 2014, Chapters 15: Professionalis, Professional Identity and the Hidden Curriculum p.171); esta identidad profesional es un concepto que merece nuestra atención, pues resulta un eje fundamental para los objetivos que las instituciones educativas se plantean, así como el sentido y la intensidad de sus acciones y esfuerzos

Esta identidad se adquiere mediante la denominada “socialización profesional”, entendida como aquellos procesos sociales a través de los cuales los estudiantes aprenden lo necesario para considerarse a sí mismos y ante los otros como miembros de una profesión. Estos procesos se logran a través de medios formales e informales de aprendizaje, es decir, la adquisición de conocimiento teórico, habilidades técnicas y artesanales, pero también de otros conocimientos tácitos, normas, valores y conductas que se consideran indispensables para considerarse miembro de tal o cual profesión(Gabe et al., 2006, bk. 168).

Según el Royal College of Physicians de Londres, el profesionalismo médico es “un conjunto de valores, comportamientos y relaciones que apuntalan la confianza del público en los doctores” (Ibid. 2014 p.174), sin embargo, Richard y Silvy Cruess (2014) señalan que, si bien es cierto que cuando hablamos de “identidad profesional” también nos referimos a los comportamientos observados por los otros como forma de validación del profesionalismo, la identidad profesional también incluye la perspectiva individual e íntima, es decir, aquello que responde a la pregunta “¿Quién pienso que soy?”.

Al respecto de este ir y venir entre la injerencia individual y la actuación para y ante los otros en la construcción del profesionalismo y de la identidad profesional, resulta interesante el análisis de Hafferty y Levinson (2008) sobre el profesionalismo médico en la actualidad, en el cual se asegura que desde el año de 1980, dentro del campo de la medicina organizada, se generó un movimiento preocupado tanto por definir y medir el profesionalismo, como por desarrollar programas apropiados para promoverlo durante la formación y más allá de ella.

A decir de los investigadores, la medicina organizada moderna arrastraba un vicio de antaño, vinculado con el juramento hipocrático⁴ que, durante mucho tiempo, fue considerado más que suficiente como parámetro ético, lo que promovió, durante años, un enfoque caracterizado por delegar en el médico como individuo y casi por entero, un estatus de autoridad, responsabilidad e independencia enfatizando el honor individual que implica la profesión; durante este tiempo se daba por sentado que la profesión del médico era una cuestión de carácter que dejaba poco lugar a la reflexión sobre la formación y capacitación, entonces considerados procesos simples de entrenamiento que bastaba con satisfacer sin hacer una crítica o análisis profundo de estos.

La tendencia más reciente del movimiento ha consistido en cuestionar el enfoque individualista acerca de los motivos y comportamiento del profesional médico, al proponer una consideración

⁴ Juro por Apolo médico, por Asclepio y por Higía, por Panacea por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que cumpliré, en la medida de mis posibilidades y mi criterio el juramento y compromiso siguiente: Considerar a mi maestro de medicina como si fuera mi padre; compartir con él mis bienes y, si llega el caso, ayudarle en sus necesidades, tener a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este Arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación ni compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas y demás doctrinas así como a los de mi maestro y a los discípulos comprometidos y que han prestado juramento según la ley médica, pero a nadie más. Dirigiré la dieta con los ojos puestos a la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño. No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomare la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Así mismo no recetaré a una mujer un pasivo abortivo; por el contrario viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura. No operaré con cuchillo ni siquiera a los pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de quienes se ocupan de estas prácticas. (Tomado de http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/hipocratico.pdf)

más amplia de las estructuras institucionales del campo médico y su influencia en la expresión y puesta en práctica de valores y comportamientos deseados del profesional médico en tanto individuos.

El aumento del interés en la profesionalización médica se desarrolló, a decir de Hafferty y Levinson, a partir de una marejada de seis oleajes: los primeros cuatro se enfocaron en la identificación, definición evaluación e institucionalización de la profesión médica, siendo estos oleajes un conjunto de secuencias “interactivas y superpuestas que continúan desarrollándose hasta nuestros días”(2008, p. 604); por su parte la quinta y sexta olas vinculan estructura y agencia, además de considerar la educación y el profesionalismo médicos como elementos dentro de un sistema adaptativo complejo.

Si bien es cierto que la definición de los privilegios y el estatus de la profesión y el modelo médico modernos comenzó con los estudios del siglo XVIII de Foucault (1966) y alcanzó su apogeo en 1950, al menos en los Estados Unidos, el debate sobre la importancia de la educación médica como factor fundamental de profesionalización no sucedió hasta ya casi terminando el siglo XX (Hafferty & Levinson, 2008).

la medicina organizada había adquirido tanto el dominio como la autonomía profesional al afirmar que había desarrollado un cuerpo esotérico de conocimiento, una división controlada del trabajo y el mercado laboral, el control de la entrada de nuevos miembros y su formación, y una "ideología al servicio de un valor trascendental". Sin embargo, en las décadas de 1960 y 1970, estos poderes y privilegios comenzaron a desarrollarse, impulsados por el auge económico posterior a la Segunda Guerra Mundial, la aparición de tecnologías de la información (que permitieron, entre otras cosas, el monitoreo de los patrones de práctica médica), avances en la base científica de la práctica médica, la injerencia del gobierno en la prestación y su financiamiento [...] y, lo que es más importante, el aumento del comercialismo y una importante industria de atención médica con fines de lucro.(2008, p. 601)

Debido a lo anterior, los investigadores consideran que la primera ola de reforma de la profesionalización no llegó hasta los ochenta, cuando la comercialización de la medicina era advertida como una amenaza para la calidad de la atención médica. La segunda ola emerge en la década de los noventa, preocupada ya no solamente por el auge de la comercialización médica, sino por una definición más rigurosa del rol del profesional médico, sugiriendo nuevos requisitos de comportamiento que incluían aspectos como la atención a necesidades sociales y a privilegiar los intereses de la sociedad por encima de los médicos.

La tercera ola se concentró en tratar de medir y evaluar la profesión médica, poniendo especial atención en las escuelas de medicina. Durante esta oleada se llamó la atención sobre el involucramiento de los estudiantes en los procesos de socialización profesional, lo cual implicaba formas de evaluar el profesionalismo en los programas de estudio; esta ola también se adentró en un debate más amplio sobre la profesionalización que hacía énfasis en el contrato social de la medicina con la sociedad, la revisión de pares, la autoorganización y la toma en cuenta del vínculo de los procesos educativos y la práctica clínica.

La cuarta ola se ocupó de la institucionalización del profesionalismo, incluyendo preocupaciones novedosas como la inclusión de la justicia social como un elemento más de la profesionalización médica, lo que resulta en la inclusión de materias relacionadas con la ética en los programas de estudio.

Estas cuatro primeras etapas de la profesionalización médica trajeron consigo críticas a su propio desarrollo. Se destacan, entre otros elementos, la falta de atención sobre los espacios no oficializados y reconocidos de la capacitación y el aprendizaje médicos; el débil vínculo entre los esfuerzos formales de los programas de estudio y las prácticas profesionales como la revisión entre pares y las acciones institucionales del Estado en relación con la atención a la salud.

La quinta ola se ocupa de visibilizar la relación entre agencias y estructuras. Se señala que las definiciones del profesional médico se han enfocado principalmente en el individuo, como si este tuviera la capacidad de negar las determinantes estructurales con pura voluntad. También se comenzó a considerar el estudio del conflicto de interés, es decir, la dimensión política de las relaciones en el campo médico.

Hafferty y Levinson, proponen, además, una sexta oleada que considere al campo de la medicina organizada moderna como un sistema complejo:

La sexta ola consideraría el profesionalismo a través del prisma de la ciencia de la complejidad, por lo que nos referimos al estudio de sistemas adaptativos dinámicos que consisten en interacciones e inter- variables dependientes. Consideramos esta ola final como una evolución necesaria, si el objetivo declarado del movimiento de profesionalismo de la medicina organizada, el restablecimiento del profesionalismo como un principio central de la práctica médica, ha de concretarse.

Se advierte que las determinantes estructurales en ocasiones son un obstáculo para que los principios deseados del profesionalismo se manifiesten en los individuos, de ahí que se sugiera un

enfoque que analice las relaciones entre los participantes del sistema (médicos, ciudadanía, organizaciones médicas y no médicas).

Si bien las etapas señaladas se refieren al caso específico de los Estados Unidos, cabe aclarar que el caso de México ha corrido casi a la par de la experiencia estadounidense y, por tanto, se pueden hacer paralelismos sobre el desarrollo del profesionalismo en ambos países. Por un lado, desde la promulgación de la Constitución Mexicana de 1917 se establece la salud como un derecho social, elemento que nos desmarca más drásticamente del país vecino del norte; sin embargo, durante esta primera mitad del siglo XX se abandona el modelo médico francés y se adopta el estadounidense, caracterizado por un impulso positivista.

La base institucional de la medicina organizada moderna en México, aunque tiene antecedentes en el reordenamiento de la economía ocurrido desde la presidencia de Álvaro Obregón y Abelardo L. Rodríguez, se afianza hasta 1943, año en que, por instrucciones del presidente Ávila Camacho, se fusionan La Secretaría de Atención Pública y el Departamento de Salubridad Pública para dar paso a la Secretaría de Salubridad Asistencia Social (SSA) (Gómez-Dantés & Julio, 2019, p. 206). En 1958 se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en 1963 el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado (ISSSTE). Fue gracias a estos avances que el país dio grandes pasos en cuanto a la atención médica como servicio responsabilidad del Estado y pasó

de la beneficencia y la asistencia pública a la social, y se legisló de manera amplia y profusa sobre el control del ejercicio profesional y la prestación de servicios de salud en los rubros público, social y privado [...] también se abrió paso la medicina institucional, las especialidades médicas y se lograron importantes avances en la investigación, la salubridad y la asistencia en general. (Peña, 2018, p. 28)

Respecto a la etapa enfocada en la evaluación externa y autoevaluación, México se adhiere por completo al modelo médico norteamericano, prueba de ello es la coincidencia en los años de certificación y evaluación de instituciones de educación y profesionalización médica. El Consejo Mexicano para la Acreditación de la Atención Médica A. C. (COMAEM) se funda en el 2002 y es avalado por el Consejo para la Acreditación de Educación Superior (COPAES), la Red Iberoamericana para el Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior (RIACES) y las instituciones de liderazgo norteamericano World Federation of Medical Education (WFME) y The National Committee on Foreign Medical Education and Accreditation (NCFMEA).

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Gabe (2006) señala que estudiar la socialización profesional en general, y la socialización médica en particular, implica las siguientes preguntas: ¿cuál es la relación entre la educación formal y los modos informales de influencia en la formación de profesionales? ¿Cuáles son los pasos cruciales para obtener el estatus de una determinada identidad profesional? ¿Cómo se relaciona el aprendizaje teórico en el aula con las tareas prácticas del que hacer médico? ¿Cómo se aprende cuáles son los comportamientos adecuados al trabajar con los enfermos y los moribundos? ¿Existe una cultura profesional única transmitida durante la formación y que implica cualquier cambio en las características sociales de los participantes para dicha cultura? ¿Qué tipo de preparación educativa se considera apropiada para los profesionales con un desempeño óptimo? ¿Cómo y quién determina las formas de socialización profesional y las definiciones de desempeño óptimo? ¿Cuál es la relación entre el poder y el estatus de una ocupación sanitaria y su modo de socialización profesional?

Para responder algunas de estas preguntas como las referidas a los pasos cruciales para convertirse en un o una profesional, y el aprendizaje en lo que respecta a la relación con enfermos y moribundos, las ciencias sociales se han preocupado por el cómo y el momento en que los estudiantes de medicina adquieren un sentido de maestría profesional y la capacidad de comportarse con cierto grado equilibrado de indiferencia, ecuanimidad y compasión, de preocupación por los pacientes, sin implicarse emocionalmente de forma excesiva.

La disección de cuerpos en anatomía es un ejemplo temprano, según Hafferty(1988), de estas experiencias fundamentales. En las clases de anatomía, los estudiantes de medicina aprenden, en interacción con sus compañeros y el personal de la escuela de medicina, a seguir las reglas emocionales de la profesión, en lugar de reaccionar ante los cadáveres como lo hacen las personas laicas, es decir, aquellas que no pertenecen al gremio profesional.

A pesar de lo anterior, quedan algunos claros sin explorar que bien podrían ser atendidos si se recurre al concepto de currículo oculto o informal, ya que este supone, en primera instancia, que sí existe un modelo hegemónico de profesionalización médica que, sin embargo, se modifica según las particularidades de cada espacio temporal y geográfico; este concepto también permitiría identificar y señalar las posibles influencias en lo que se aprende a través de las relaciones de poder que el gremio médico reproduce ya desde la formación universitaria.

El estudio de los distintos niveles curriculares de la formación médica (formales, informales y velados) resultaría provechoso, pues, para visibilizar las dimensiones relacionales de la cultura

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

médica y los estudiantes de medicina; además, la exploración de los distintos niveles de aprendizaje surgidos de la interacción de las agencias y estructuras del entorno médico-estudiantil, permitiría también desentrañar cuáles son las reglas emocionales y los procesos de administración emocional implícitos en esta formación de la profesión médica.

Currículo oculto, formal e informal

Las y los estudiantes de medicina entran a la carrera con ciertos ideales que mantienen hasta haberla terminado, sin embargo, estos modifican su manera de valorarlos, además, resulta complicado para los estudiantes integrar valores como el altruismo y el servicio a su práctica cotidiana, aunque en el discurso de las instituciones o entre sus pares y maestros, se hable de estos valores como aspectos fundamentales del trato y del cuidado (Batemburg, 1995).

Estas contradicciones han sido exploradas y estudiadas bajo la lupa de los conceptos currículo oculto y currículo formal o explícito de la profesión médica (Obando Amado, 2007), los cuales se configuran de inicio y durante el tiempo que los estudiantes pasan preparándose en las facultades de medicina, pues es a partir de las relaciones que establecen entre ellos mismos, con sus profesores, con sus colegas y demás personal de las instituciones involucradas en su formación, que se constituye un entramado simbólico que define y orienta los esfuerzos y las actitudes de los estudiantes respecto a su futura profesión.

Aunque la teoría sobre el concepto ha evolucionado desde que Hafferty y Franks (1994) lo pusieron en el mapa de la literatura sobre educación médica, una primera definición general de “currículo oculto” es la desarrollada por O’Donnell, quien se refiere al currículo oculto como “aquello que la escuela enseña, por lo general, sin intención alguna o sin darse cuenta de que es enseñado”(2014, p. 5).

En contraste con el currículo oculto, el currículo explícito o formal, en tanto discurso, es relativamente fácil de identificar: puede encontrarse en los documentos oficiales, normativos de las instituciones de salud y educativas, tales como su código de ética o en el mismo plan de estudios de las universidades y, en particular, de las facultades de medicina. Por otro lado, el currículo oculto es más complejo y difícil de discernir, además, no necesariamente coincide con el currículo explícito, si bien es cierto que hay puntos de encuentro entre ellos.

Según Lempp y Seale (2004), que acotan mucho más la definición de O’Donnell, “currículum oculto” denota el conjunto de influencias o paradigmas que funcionan en niveles estructurales y

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

culturales, tales como leyes implícitas, rituales, costumbres, o cosas dadas por hecho que sirven para ajustarse a una institución, comunidad o grupo determinado, sin embargo, el concepto no tiene una esencia universal, por el contrario, al pasar de los años se ha modificado su significado, su valoración, e incluso se ha puesto en duda su pertinencia como categoría de análisis, por lo que vale la pena hacer un recorrido histórico de este para precisar el uso que le daremos en esta investigación.

El término de currículo, oculto como tal, se remonta a la década de los sesenta, aunque, como señala Portelli (1993), la construcción del concepto o referencias a sus connotaciones se pueden rastrear hasta la década de los treinta según algunos autores o autoras:

Existe desacuerdo en cuanto a su origen, su importancia o función, así como sobre su existencia. Mientras Barrow que la idea de currículo oculto 'tiene un registro histórico desde los tiempos de Platón', Vallance sostiene que 'la función del currículo oculto había sido explícita desde el principio [...] pasó a la clandestinidad sólo cuando la escuela como institución social fue lo suficientemente segura para dirigir la justificación del control de grupos hacia el bienestar de los individuos'. Para ella, en América del Norte, esto ocurrió a finales del siglo XIX. (Portelli, 1993 p. 344)

Ana Sacristán (1985), otra estudiosa de la educación curricular, llama la atención sobre los trabajos de Pierre Bourdieu y Michael Young como antecedentes del concepto, y luego de hacer una revisión crítica sobre otras acepciones del término, la autora esboza una definición de currículo oculto un poco más completa y exhaustiva que las referidas en párrafos anteriores:

currículo oculto es un conjunto de actividades y contenidos de enseñanza-aprendizaje no intencionadamente planeados o abiertamente conocidos, que socializan a los individuos en la aceptación básica de las estructuras sociopolíticas y culturales dominantes, así como en la internalización selectiva de sus significados, normas y valores [...] es, también, el conjunto de efectos producidos como consecuencia del proceso anterior [...] por ejemplo, modos de pensamiento y percepción, subjetividades y actitudes, juicios valorativos, disposiciones para la acción, etc. (Sacristán, 1985 p. 33)

En lo que se refiere a su función o rol en el ámbito de la teoría social o la teoría educativa, también se esgrimen múltiples posturas, desde aquellas que apuestan por una función nuclear del concepto como categoría metodológica y de análisis (Giroux & Purpel, 1983; Illich, 1985), hasta aquellas que argumentan que es un concepto muerto e inservible que sólo genera paranoias conspirativas o, en todo caso, que apenas tiene una función descriptiva pero no explicativa (Chiang, 1986; Cornbleth, 1984).

En su artículo *Exposing the hidden currículo*, Portelli (1993) identifica cuatro acepciones del término:

1. el currículo oculto como como las expectativas no oficiales o implícitas pero esperadas, que incluye la transmisión de normas y valores que otorgan prestigio, integración y poder entre el personal administrativo y profesores, pero que es ignorado por los estudiantes, al menos de principio.
2. el currículo oculto como el aprendizaje no intencional, que parte del supuesto de que hasta que cualquier acción llevada a cabo por las agencias conlleva en sí misma consecuencias no buscadas, deseadas o no deseadas, reconocidas o no reconocidas, tanto por el personal administrativo, los estudiantes y los profesores.
3. el currículo oculto como los mensajes implícitos originados en la estructura educativa; esta acepción da por hecho que éste no es reconocido y está fuera del control del personal administrativo, maestros y estudiantes, pero refuerza la idea de que lo que no se aprende dentro de la institución educativa es inservible y no vale la pena aprenderlo, convirtiéndose así en un factor nuclear para los procesos de profesionalización.
4. el currículo oculto como lo que se genera a partir de la interacción entre los estudiantes. Esta acepción supone que las expectativas de los educadores y los estudiantes no coinciden, por lo que los segundos generan sus concepciones propias sobre lo que hay que hacer o dejar de hacer para sobrellevar las exigencias institucionales. En este sentido, se puede vincular esta perspectiva con los presupuestos de Becker y compañía (1992) sobre la cultura del estudiante de medicina.

Estas categorías, aunque válidas y útiles como categorías de análisis, se presentan imbricadas unas con otras en la realidad social, por lo que, ya refiriéndose a la formación médica en particular, Hafferty se desmarca ligeramente de la concepción bipartita currículo oculto/currículo formal y propone una división en triada (formal, informal y oculto) que visibiliza de forma más clara y concisa las capas de aprendizaje y el carácter explícito e implícito del fenómeno curricular en la carrera de medicina:

1. El currículo formal, es decir, aquel explícito, formalmente ofrecido y respaldado en los planes de estudios y demás documentos oficiales y/o públicos;
2. El currículo informal, es decir, aquella forma de enseñanza y aprendizaje que funciona como un secreto a voces, sin guion predominantemente y altamente interpersonal, el cual

se genera entre el personal de las facultades o departamentos universitarios (maestras, maestros, personal administrativo, etc.) y los estudiantes;

3. El currículum oculto, es decir, un conjunto de influencias que funcionan a nivel de estructura organizacional y cultura. Este concepto se puede establecer una analogía con el de modelo hegemónico de la educación médica, pues parece adecuarse, precisamente a las formas dominantes de darle sentido y de actuar del gremio médico.

Siguiendo esta división, se hace notar que, en la formación médica, al igual que en otras disciplinas, el currículum oculto y el currículum informal aluden a contenidos claramente distintos de los contenidos del currículum formal. Explorar las especificidad relacional e interaccionista del currículum informal, por ejemplo, nos permitiría valorar la importancia de los modelos a seguir en los procesos de aprendizaje, así como a evaluar qué tanto de lo que se aprende se genera, distribuye, organiza y legitima en espacios de interacción no considerados formalmente como entornos de aprendizaje (pasillos, cafés, bares, durante el transporte, redes sociales, etc.).

Por su parte, la currícula oculta e informal, funcionan como lentes de mayor aumento que nos permite resaltar el papel de los factores estructurales del aprendizaje y detectar las rutinas, los rituales, las acciones veladas y los disfraces que dan por sentado ciertos aspectos y matices propios de la formación del profesional médico.

Es necesario aclarar que el currículum oculto no representa nunca una voluntad o conjunto de voluntades de corte conspirativo. Tanto Portelli como Ana Sacristán hacen hincapié en que algunas posturas radicales esgrimen este concepto como una fuerza irrefrenable que vuelve inoperantes a los individuos, los cuales, de ser así, quedarían reducidos elementos pasivos en los procesos de aprendizaje y aculturación.

Por otro lado, también existe el riesgo contrario, es decir, de tomar los estudios sobre el currículum oculto en la formación médica, como una forma de imponer la responsabilidad en las agencias (maestros o estudiantes) de observar aquello que constituye al currículum oculto y resolverlo con sus propios medios, sin atender los orígenes y demás aspectos estructurales que le imposibilitan actuar o pensar de determinada manera.

En este sentido, Taylor, J. S., y Wendland, C. (2014) advierten que el currículum oculto a menudo se conceptualiza como algo dentro de la vida extracurricular e íntima de las personas como el inconsciente y, por lo tanto, fuera del alcance de la educación formal, por lo que se piensa en el

concepto como una forma de “colonizar” los espacios inexplorados y no conquistados del currículo formal

Armados con una comprensión limitada y sesgada del concepto “currículo oculto”, algunos ahora lo toman como una licencia para extender el currículo formal; para planificar no sólo lo que sucede en el aula [...] una vez que cada estudiante y cada miembro de la facultad haya internalizado y demuestre consistentemente las actitudes apropiadas, el plan de estudios oculto desaparecerá y la medicina se curará de sus males. (2014, p. 56)

Si entendemos, pues, que el currículo oculto e informal, “son una serie de influencias que funcionan a niveles organizacionales de la estructura y la cultura”(Hafferty, 1998, p. 404), se puede formular una analogía pertinente de éste con el concepto de hegemonía. La misma Sacristán asevera que si la hegemonía configura prácticas, significados y expectativas que se expanden en todos los recovecos de la vida, el currículo oculto vendría a hacer lo mismo al nivel de la vida universitaria. Según la investigadora, ambas nociones dejan ver que los contenidos ideológicos rara vez se llevan a cabo deliberadamente mediante métodos coercitivos directos como adiestramiento o el uso explícito de la fuerza; así pues, se descartan aquellas posturas antes mencionadas que han aderezado esta categoría de análisis con alientos de conspiración.

Por el contrario, este vínculo entre hegemonía y currículo oculto resalta el hecho de que las instituciones educativas dedicadas al campo de la salud están integradas por comunidades con sus propios preceptos morales y culturales, lo cual nos obliga, como investigadores, académicos y educadores, a reconocer que la educación médica misma es un proceso que, lejos de ser autónomo, monolítico y aislado, resulta contingente y susceptible a cambios generados, tanto por su relación con fuerzas externas a las instituciones educativas como a su funcionamiento relacional interno.

Al respecto de esta construcción estructural y cultural de la profesión médica y del estudiante de medicina, Taylor y Wendland, acerca de la medicina como “cultura de la no cultura” y “estructura de la no estructura”; para los investigadores, el hecho de que el currículo oculto se haga manifiesto no en forma explícita ni de forma única y completa en las y los individuos, sino en la organización estructural de la escuela de medicina, les hace preguntarse cómo es que se oculta eso que al parecer está en todos lados, por lo que sugieren que una de las cosas que la gente aprende es a dejar de ver o no ver ciertos aspectos de la sociedad y la cultura a la que se pertenece:

Cuando un grupo de personas comparte un conjunto de patrones distintivos de pensamiento e interacción social, podemos decir que comparten una cultura. La palabra

cultura se invoca muy a menudo para explicar las ideas y prácticas de otras personas. [...] Cuando las personas en las escuelas de medicina y los hospitales, así como en los tribunales, los ejércitos y otras instituciones modernas, etiquetan algunos espacios, personas y prácticas como "culturales", implican simultáneamente que sus propios espacios, personas y prácticas están de alguna manera fuera de la cultura. y por tanto libre de cultura. Esta forma de pensar encaja bien con la convicción, compartida por personas dentro de las instituciones médicas, de que el conocimiento médico es real (y por lo tanto no "meramente cultural") [...] En este sentido, podría decirse que la medicina es una cultura sin cultura, es decir, una comunidad definida por la convicción cultural compartida de que sus convicciones compartidas no son en lo más mínimo culturales, sino que son verdades universales e intemporales. (2014, p. 58)

En el mismo tenor, Hafferty (1998) y Hafferty y Levinson (2008) apuestan por considerar a la profesionalización médica como un proceso sistémico complejo, para lo cual adoptan y profundizan el concepto de currículo oculto como categoría de análisis. A decir del primero, los retos y las exigencias que la sociedad enfrenta en la actualidad, exigen también una profunda reflexión de parte de las instituciones encargadas del cuidado de la salud y las distintas relaciones que se establecen entre ellas.

Al referirse al caso de Estados Unidos, Hafferty señala que el surgimiento del *managed care*⁵ en los ochenta tuvo como consecuencia el aumento del interés general y la preocupación al respecto de la creciente comercialización de la medicina y su profesionalización. En este contexto, tanto instituciones privadas como públicas encargadas de la evaluación y certificación de la industria médica norteamericana, comenzaron a explorar nuevos estándares éticos dirigidos a paliar la tan problemática comercialización médica a través de mecanismos de atención más centrados en el paciente, y al promover la visión de que el origen de dicha problemática es de carácter cultural, lo que derivó en un renovado escrutinio a las escuelas de medicina.

Las escuelas de medicina y los centros académicos avocados a la salud se enfrentan de lleno a estos cambios. [...] Al percibir la "necesidad" de comenzar a capacitar a un nuevo grupo de médicos que posean las habilidades y actitudes necesarias para sobrevivir en el nuevo mundo del *managed care*, han desarrollado nuevos cursos y prácticas profesionales [...] Pero las respuestas, sin querer, han oscurecido un hecho bastante fundamental sobre la estructura y el proceso

⁵ Este término se utiliza en Estados Unidos que denota el conjunto de actividades destinadas a reducir el costo de la atención médica con fines de lucro y proporcionar una suerte de seguro médico. El esfuerzo más reciente que continúa con esa perspectiva en la actualidad es el Affordable Care Act, mejor conocido como Obama Care.

subyacentes de la educación médica: no todo lo que se enseña durante la formación médica se refleja en los catálogos de cursos, programas de estudios, conferencias, notas y folletos, o en la enorme cantidad de documentos que se compilan durante las revisiones de acreditación. De hecho, una gran parte de lo que se enseña –y la mayor parte de lo que se aprende- en la facultad de medicina, no tiene lugar dentro de la oferta de cursos formales, sino dentro del currículo oculto de la medicina.(Hafferty, 1998, p. 403)

El rol de las escuelas de medicina en el caso mexicano, no deja de ser pertinente, aunque aquí los servicios de salud pública contengan y vuelvan un poco más heterogéneo el yugo comercializador y privatizador de la atención a la salud. Además, no debemos olvidar que el modelo médico que sirve como referencia para las instituciones nacionales proviene precisamente de nuestros vecinos del norte (sobre este asunto se abundará más adelante)

Ahora bien, el aspecto relacional y externo a los entornos educativos mencionados por Hafferty, también es señalado y desarrollado por Portelli(1993), para quien resulta necesario profundizar y ser más específico al tratar y definir qué es aquello que se oculta; quién o quiénes ocultan aquello que se oculta; a quién o a quiénes se les oculta aquello que se oculta; y el éxito que se obtiene al ocultar aquello que se pretende ocultar.

En este sentido, es importante tomar en cuenta que el currículo oculto no puede referirse nunca a un agente o agencia, pues son más bien las agencias o los agentes quienes, al relacionarse entre ellos y con la estructura, dan pie a la conformación de lo que se oculta. Cuando se mira más de cerca el factor de éxito al ocultar aquello que se pretende ocultar, el concepto adquiere aún más complejidad, pues aquello que se oculta puede variar en intensidad y en el foco de intención.

Por un lado, la ocultación puede no ser intencional, es decir, que uno o varios agentes pueden no tener la voluntad de generar aquello que está oculto, convirtiéndose en un resultado no esperado, deseado o no deseado; por otro lado, puede darse el caso de que la o las agencias tengan la voluntad de generar aquello que se oculta, de lo cual se decantan dos posibilidades más: que las agencias que generan aquello que se oculta, desean que otras agencias se den cuenta de sus intenciones, o que éstas agencias no se den cuenta de sus intenciones.

Las consecuencias de este análisis minucioso de las intenciones relacionales en lo que se refiere al currículo oculto, debe despejar las posibles suposiciones de que una vez que se señala la existencia del mismo, este deja de permanecer oculto, pues esto varía según quién o quiénes se vuelven conscientes de su existencia y de quiénes se pretenda ocultar aquello que se oculta.

Se puede deducir que, aunque los estudiantes de una institución, en este caso de la carrera de medicina, pueden volverse conscientes de lo que se les enseña mediante el currículo oculto, lo más común es que permanezcan inconscientes de que se les ha enseñado algo; del mismo modo, es posible que los estudiantes sean conscientes del curriculum oculto o parte de este, mientras que las y los maestros y el personal administrativo no lo sean, o sean conscientes de aspectos distintos a los que identifican los estudiantes.

En cuanto a la pertinencia del concepto como categoría de análisis, es necesario recalcar que el currículo oculto es también un constructo cultural que debe situarse si se quiere recurrir a él con rigor, pues este adquiere su relevancia, precisamente, en los entornos relacionales y de interacción. En este sentido, cabe aclarar que en una misma institución pueden manifestarse e interconectarse múltiples currículos ocultos; por lo mismo, Sacristán señala que el investigador o investigadora debe valorar el nivel de significación, la trascendencia y el grado de benignidad o deseabilidad de los resultados que se derivan de del currículo oculto, sean esperados o no, pues no siempre son de carácter perjudicial (Sacristán, 1985, p. 36).

Como ya se ha mencionado, los niveles de funcionamiento del currículo oculto, no abarcan solamente la dimensión relacional entre estudiantes y maestros, sino que se extiende a las estructuras sociales y culturales en las que se involucran otras agencias como el personal administrativo, las instituciones de evaluación y certificación, el Estado, los centros de salud con los que se relaciona la institución educativa en cuestión, así como con las instancias políticas internas como otros departamentos o facultades.

El campo de acción del currículo oculto es tan extenso y variopinto, que investigadoras como Sacristán advierten que para que el análisis de los niveles curriculares ocultos se realice correctamente, debe atender, por lo menos, las siguientes áreas:

1. La selección, legitimación, organización, transmisión y distribución del conocimiento, la cultura y los contenidos curriculares, así como la posición y relación de los estudiantes respecto a los puntos anteriores.
2. La situación geográfica e histórica.
3. Las regularidades y rutinas básicas cotidianas.
4. Las relaciones de comunicación y la estructura social de la institución educativa y las aulas.

5. Conductas, prácticas y actividades de las personas que participan en el medio escolar(Sacristán, 1985, p. 34)

De igual forma, Hafferty (1998) recomienda estudiar cuatro áreas donde se puede identificar la presencia y el impacto del currículo oculto en la educación médica, a saber, el desarrollo de políticas públicas, la evaluación y certificación de las instituciones educativas y programas de estudio, la asignación de recursos y la jerga interna o nomenclatura institucional. A decir del salubrista e investigador norteamericano, además, estos aspectos se pueden analizar de dos maneras:

uno puede explorar cómo determinadas prácticas educativas son reforzadas o socavadas por ciertas políticas, procesos de evaluación, asignación de recursos o jerga grupal; por el contrario, puede uno aproximarse a dichas políticas, procesos de evaluación, asignación de recursos y al vocabulario institucional como información proveniente de y sobre sí misma para preguntarse ¿Cuáles son los valores y mensajes fundamentales que se están creando y transmitiendo dentro de cada una de estas actividades?(Hafferty, 1998, p. 404)

En lo que respecta al desarrollo de políticas públicas, estas se encuentran manifiestas en los programas de estudio, en los manuales, contratos de trabajo, así como en los perfiles de ingreso declarados en los documentos sobre la admisión del estudiantado interesado en matricularse.

La evaluación se presenta de múltiples formas, desde la aplicación de exámenes durante todo el pregrado, hasta los rituales cotidianos como la selección y jerarquización de residentes, también incluyen los asuntos de promoción y permanencia del profesorado, así como las acreditaciones, nacionales e internacionales, de la institución universitaria. Sin embargo, las herramientas de evaluación no son solo instrumentos de valoración, sino vehículos para establecer y transmitir lo que es y no es importante para la profesión.

Identificar cómo se generan y distribuyen los recursos, ya sea monetarios, en especie o de cualquier otra índole, puede develar valores y objetivos institucionales que se inculcan en el estudiantado, sin que esto signifique, aunque exista la posibilidad, de que existan malos manejos e intenciones ocultas en la operación de estos recursos. Lo que se buscaría al analizar esta área es el privilegio de ciertos sectores o actividades que no necesariamente se asuman de forma directa en la superficie formal del currículo.

En cuanto a la jerga institucional se manifiesta tanto al nivel relacional de los estudiantes como al nivel de la terminología de la institución que puede hacer uso, por ejemplo, de un lenguaje cada vez más cercano al empresarial, al mercantil, al filantrópico, o una contradictoria mezcla de todos.

Este nivel, en contraste con el nivel de la asignación de recursos, dejaría ver si las inclinaciones institucionales que reforzaría, en mayor o menor medida, los discursos de rentabilidad y servicio. Luego de estas consideraciones acerca de dónde se encuentra o dónde se manifiesta el currículo oculto, resulta necesario vincularlo con los conceptos de profesionalización, socialización e identidad profesional que las prácticas y aprendizajes que esta dimensión curricular promueve en el ámbito de la educación médica, con el objetivo de localizar, en caso de que en verdad existan, las aristas referidas a las emociones en lo que respecta a la formación de dichos estudiantes.



Capítulo 3

Metodología, métodos e instrumentos

El estudio de las reglas emocionales y la socialización profesional de la y el estudiante de medicina a nivel universitario, requiere de un enfoque metodológico etnográfico e interpretativo que permita recopilar y analizar datos que surjan tanto de la interacción entre la estructura y las agencias pertenecientes al campo médico, como de la interacción entre las y los individuos al interior de la comunidad educativa que nos atañe.

Entendemos “etnografía” como un conjunto de métodos o instrumentos, referidas mediante un texto que explora las dimensiones subjetiva y simbólica de una cultura, comunidad o sociedad desde la perspectiva de sus integrantes y de la participación interpretativa del investigador o la investigadora, sin que se olvide la primacía del conocimiento y la comprensión de las y los participantes del fenómeno social en cuestión, es decir, agencias, sujetos sociales, individuos, instituciones o actores.

En concordancia con Rosana Buber (2001) consideramos que la etnografía es de corte descriptivo e interpretativo. Descriptivo porque parte del supuesto de que la observación sirve como medio para registrar una realidad que luego puede ser vaciada en un texto que dé cuenta de una exhaustiva relatoría del fenómeno social observado; interpretativo porque sugiere, al menos en la acepción que aquí adoptamos, que las concepciones de la realidad del investigador y de los miembros de la comunidad que investiga se involucran en un diálogo reflexivo que produce conocimiento y nuevas pautas de sentido para comprender determinada realidad social, situada en un espacio y un tiempo específicos. Según la investigadora, mediante la etnografía se desarrollan tres niveles de comprensión:

el nivel primario o “reporte” es el que informa qué ha ocurrido (el “qué”); la “explicación” o comprensión secundaria alude a sus causas (el “por qué”); y la “descripción” o comprensión terciaria se ocupa de lo que ocurrió por sus agentes (el “cómo” es para ellos). Un investigador social difícilmente entienda (sic) una acción sin comprender los términos en que la caracterizan sus protagonistas. En este sentido los agentes son informantes privilegiados pues sólo ellos pueden dar cuenta de lo que sienten, dicen y hacen respecto a los eventos que los involucran. (Buber, 2001, p. 23)

A partir de estos niveles descriptivos, se genera el producto por excelencia de la etnografía: un texto de corte hermenéutico que se valida mediante el contraste de las evidencias y los datos extraídos del trabajo de campo, es decir, de la experiencia del agente investigador al involucrarse

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

en el contexto originario del problema que intenta analizar; según Karen O'reilly, citada por Sarah Pink y compañía(2016), este texto se construye a partir de

la investigación inductiva-iterativa (cuyo diseño evoluciona a través del estudio) basada en una serie de métodos... que reconoce la función de la teoría y la del propio investigador, y que considera que los seres humanos son en parte objetos y en parte sujetos.(Pink et al., 2016, p. 19)

Como ya se ha mencionado, el papel de las emociones en la socialización profesional del estudiante de medicina en el nivel de la formación universitaria, se puede desentrañar y organizar mediante la herramienta analítica de currículo oculto, formal e informal, sin embargo, hace falta precisar cómo y dónde es que dichos niveles se hacen patentes.

En este sentido, Taylor y Wendland (2014) advierten que es de esperar que el contenido del currículo oculto varíe de forma contrastante respecto al currículo formal, pues a diferencia de este, el currículo oculto e informal no es regulado, reforzado y definido por instituciones como la AAMC en el caso de Estados Unidos o la COMAEM en el caso de México; se señala, además, que esta variedad debe surgir debido a las condiciones actuales de la práctica que difieren de lugar a lugar, de época en época y de comunidad a comunidad; también aseguran que

entender los aspectos problemáticos del currículo oculto requiere la comprensión de los aspectos problemáticos de la práctica médica actual de manera profunda –y, aunque exponer el currículum oculto no neutralizará sus efectos, este puede ser un excelente primer paso para dicha comprensión.(Ibidem. 2014, p. 61)

Es importante aclarar que estos distintos niveles son medios de análisis, y no hechos materiales, que sólo existen en función de la relación que se desarrolla entre la estructura y los agentes e instituciones que la conforman e impulsan; además, el hecho de que sean tres categorías, no significa que en la realidad social se presenten por separado, sino que se entrelazan y traslapan entre sí.

Un acercamiento de corte etnográfico, mediante herramientas como la observación participante, la entrevista no dirigida y el trabajo con grupos focales, permitiría, en primera instancia, elaborar una descripción de los lugares, situaciones, conductas, prácticas y actividades propias de la formación médica; también se tomarían en cuenta los medios explícitos de selección, legitimación, distribución y organización del conocimiento.

Por su parte, los niveles de funcionamiento del currículo oculto, formal e informal, no sólo abarcan la dimensión relacional entre estudiantes y maestros, sino que se extiende a las estructuras sociales y culturales en las que se involucran otras agencias como el personal administrativo, las

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

instituciones de evaluación y certificación, el Estado, los centros de salud con los que se relaciona la institución educativa en cuestión, así como con las instancias políticas internas como otros departamentos o facultades.

Un tributo importante del currículum oculto, es que a pesar de su naturaleza social y relacional (y esto producto de interacciones sociales) también funciona desprovisto de personas [...] en el caso de la educación en general, y de la formación de profesionales de la salud en particular, el currículo oculto aglutina el contexto organizacional y el subtexto cultural que perfila la forma en que los estudiantes le dan sentido a su ambiente de aprendizaje(O'Donnell et al., 2014, p. 8).

Se propone, pues, el enfoque etnográfico, porque, al igual que las capas de análisis que visibilizan las categorías curriculares antes mencionadas, los métodos etnográficos, a decir de Malinowski, permiten obtener información acerca de tres aspectos fundamentales:

- a) El “esqueleto” de la sociedad –su normativa y aspectos de estructura formal- obtenido mediante la documentación estadística por evidencia concreta;
- b) La recolección de “imponderables de la vida cotidiana y el comportamiento típico”, para lo cual la investigadora o el investigador debe estar cerca de la gente, observar y registrar cada detalle de las rutinas de la cultura que le atañe;
- c) El punto de vista propio de la comunidad acerca del fenómeno social que problematiza la investigación, sus formas de pensar y de sentir, para lo cual resulta necesario aprender la lengua (en este caso la jerga lingüística) de los integrantes de la comunidad que dé cuenta de su mentalidad. (Malinowski citado por Buber, 2001, p. 31)

En este sentido, para desentrañar la información pertinente, Hafferty sugiere concentrarse en cuatro áreas inherentes a toda institución educativa encargada de la capacitación de las y los futuros médicos: el desarrollo de políticas públicas (*policy development*); la evaluación (*evaluation*) referida a la certificación de las instituciones educativas y programas de estudio; la asignación de recursos (*resource allocation*) y la jerga interna o nomenclatura institucional (*institutional slang*). A decir del salubrista e investigador norteamericano, estos aspectos se pueden analizar de dos maneras:

uno puede explorar cómo determinadas prácticas educativas son reforzadas o socavadas por ciertas políticas, procesos de evaluación, asignación de recursos o jerga grupal; por el contrario, puede uno aproximarse a dichas políticas, procesos de evaluación, asignación de recursos y al

vocabulario institucional como información proveniente de y sobre sí misma para preguntarse ¿Cuáles son los valores y mensajes fundamentales que se están creando y transmitiendo dentro de cada una de estas actividades? (Hafferty, 1998, p. 404)

El desarrollo de políticas públicas se refiere a los programas de estudio, manuales, contratos de trabajo, así como en los perfiles de ingreso declarados en los documentos sobre la admisión de la población interesada en matricularse.

La evaluación se presenta de múltiples formas, desde la aplicación de exámenes durante todo el pregrado, hasta los rituales cotidianos como la selección y jerarquización de residentes, también incluyen los asuntos de promoción y permanencia del profesorado, así como las acreditaciones, nacionales e internacionales, de la institución universitaria. Sin embargo, las herramientas de evaluación no son solo instrumentos de valoración, sino vehículos para establecer y transmitir lo que es y no es importante para la profesión.

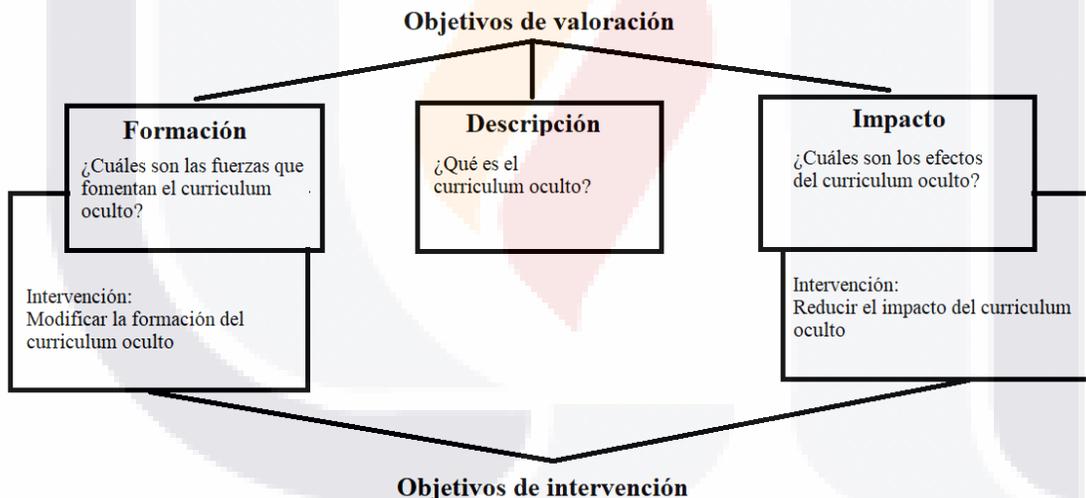
Identificar cómo se generan y distribuyen los recursos, ya sea monetarios, en especie o de cualquier otra índole, puede develar valores y objetivos institucionales que se inculcan en el estudiantado, sin que esto signifique, aunque exista la posibilidad, de que existan malos manejos e intenciones ocultas en la operación de estos recursos. Lo que se buscaría al analizar esta área es el privilegio de ciertos sectores o actividades que no necesariamente se asuman de forma directa en la superficie formal del currículo.

En cuanto a la jerga institucional se manifiesta tanto al nivel relacional de los estudiantes como al nivel de la terminología de la institución que puede hacer uso, por ejemplo, de un lenguaje cada vez más cercano al empresarial, al mercantil, al filantrópico, o una contradictoria mezcla de todos. Este nivel, en contraste con el nivel de la asignación de recursos, dejaría ver si las inclinaciones institucionales que reforzaría, en mayor o menor medida, los discursos de rentabilidad y servicio. En este sentido, a nivel del currículo formal nos interesan las áreas que Hafferty cataloga como desarrollo de políticas (*policy development*) y evaluación (*evaluation*); las primeras se encuentran en los programas de estudio, en los manuales y otros documentos que expresan elementos como la misión, la visión y los perfiles de ingreso y egreso esperados por la institución; mientras que las segundas se refieren tanto a los exámenes que se realizan para evaluar a los estudiantes, como los mecanismos de valoración y certificación a los que se somete al profesorado y a la institución misma; ambos son procesos de legitimación transmisión y distribución del conocimiento.

En el nivel informal y oculto tendrían cabida la proveniencia y el destino de la asignación de recursos (*resource allocation*), así como las posiciones y relación de los estudiantes ante este

elemento y los demás elementos formales anteriormente indicados; también se incluyen en este rubro las regularidades y rutinas cotidianas del estudiantado, así como el uso de la jerga (*institutional lang*) que usan tanto de los estudiantes como la que se manifiesta en el lenguaje de los documentos del nivel formal del currículo.

El nivel oculto se manifiesta veladamente en prácticas y actividades de las personas que participan en el medio escolar, como las relaciones de comunicación y la estructura social de la institución educativa, pero también su relación con instituciones médicas y no médicas que de igual forma integran del campo de la salud. Es necesario asumir, entonces, que el currículo oculto e informal se encuentran sobre todo en las interacciones entre agencias y que, además, es contingente según el tiempo, el lugar y las agencias que lo transmiten y reproducen, lo que nos sugiere la posibilidad de que existan una gama amplia de currícula oculta y no sólo uno, dentro de una misma institución. Según Haidet y Teal (2014, p. 85) proponen un esquema para acotar el tipo de enfoque sobre el estudio del currículo oculto a partir de si el objetivo de la investigación consiste en su descripción y las posibles intervenciones al respecto de sus efectos o su formación⁶:



Esquema 1

A decir de la investigadora y el investigador, lo más común es que las investigaciones se enfoquen en el recuadro central, correspondiente al nivel descriptivo, sin embargo, advierten que es necesario que se tienda hacia una de las opciones de los dos recuadros referentes a la intervención,

⁶ Esquema propuesto por (Haidet & Teal, 2014, p. 85)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

es decir, a modificar la formación del currículo oculto, o a mitigar sus efectos negativos y reforzar los positivos:

La descripción es un primer paso importante para los currículos ocultos que no se conocen bien, pero este primer paso debe ir acompañado de una evaluación de la formación o del impacto para poder planificar y evaluar adecuadamente una estrategia de intervención.(Haidet & Teal, 2014, p. 85)

Dado que la incidencia en las consecuencias de lo que se aprende y enseña a través del currículo oculto requeriría que nuestra investigación fuera de más largo alcance en cuanto al tiempo de realización y objetivos a largo plazo, propios quizá ya de la práctica clínica, en este caso nos enfocamos en los orígenes y en las consecuencias o efectos sólo a corto y mediano plazo.

Como lo señalan Haidet y Teal(2014, p. 86), el currículo oculto dentro de una institución no lo abarca todo, ni afecta a las personas ni los procesos de aprendizaje de la misma forma dentro de una misma institución, por lo que sugieren acotar el enfoque de investigación y valoración de éste a partir de las siguientes preguntas: ¿Sobre qué?; ¿En qué contexto?; ¿Según la experiencia de quién?

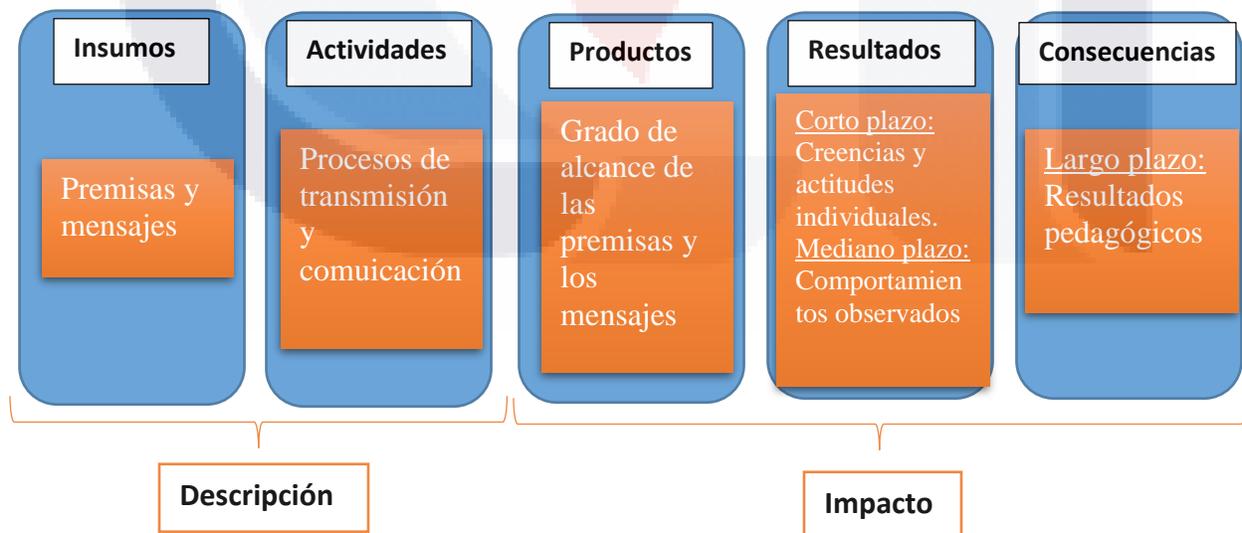
En nuestro caso, podemos decir que nuestra investigación se enfoca en la presencia de las reglas emocionales dentro de los procesos de profesionalización de los estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, según la experiencia de las y los mismos estudiantes. Respecto al contexto y a quienes experimentan el currículo oculto, Haidet y Teal especifican que el contexto puede presentarse en numerosas formas distintas, pero “también puede ocurrir dentro de unidades estructurales o curriculares específicas –cursos, grupos educativos particulares, residencias, etc.–. Finalmente, puede haber “portadores del mensaje” clave, cuyas interacciones tengan una influencia particular en la diseminación del contenido de los currículos ocultos”(Ibidem. 2014, p. 86)

En la siguiente tabla, se puede observar el punto de partida y el enfoque que prefigura esta investigación, a partir de las preguntas esquemáticas de Haidet y Teal:

Contenido ¿Sobre qué?	¿En qué contexto?				Enfoque (¿según la experiencia de quién o quiénes?)
	Lugar	Unidad Administrativa	Unidad Estructural	Portadores del mensaje	
El valor de las emociones como parte de la identidad profesional de los estudiantes de medicina	Carrera de medicina de la Universidad Autónoma de Aguascalientes	Departamento de ciencias de la salud	Plan de estudios actual	Estudiantes de niveles superiores Profesorado Superiores clínicos	Estudiantes

Tabla 1 - Fuente: (Haidet & Teal, 2014, p. 87)

Como parte de esta propuesta metodológica, también se acude a una manera de organizar el contenido descriptivo del currículo oculto y su impacto a corto, mediano y largo plazo, según el enfoque que se le dé al estudio, a sabiendas de que en nuestro caso nos restringiremos a los impactos a corto y mediano plazo solamente. El siguiente esquema denominado Modelo Lógico (*Logic Model*) considera cinco categorías o aspectos que permiten organizar la información referente a los niveles curriculares explícitos y ocultos:



Esquema 2

El primer apartado correspondiente a los insumos (*inputs*), se refiere, en el currículo formal, a “aquellas cosas que se aplican para apoyar el programa de estudios: contenido básico, los individuos que lo imparten, el tiempo que toma la enseñanza”(Haidet & Teal, 2014, p. 88). En el currículo oculto los insumos son las premisas y los mensajes subyacentes que sustentan y que configuran un determinado currículo oculto, el cual establece las normas de cómo la comunidad educativa, como profesores, estudiantes, etc., debe pensar y actuar. Se sugiere que para explorar las premisas y mensajes a las que se alude, se haga uso de métodos como entrevistas, grupos focales, métodos etnográficos y técnicas de observación; también se sugiere la encuesta actitudinal, aunque sólo en caso de que las premisas y los mensajes ya estén satisfactoriamente identificados y comprendidos, esto con el objetivo de determinar hasta qué punto y quiénes sostienen dichas premisas y mensajes (Ibidem. 2014).

El segundo apartado referido a las actividades (*activities*) son los procesos de transmisión y comunicación de los mensajes y premisas. La diferencia principal de las actividades propias del currículo formal y del currículo oculto, son que las del primero se refieren a las clases, los métodos de enseñanza, los objetivos y estándares de profesionalización declarados y públicos; por otro lado, las actividades del currículo oculto son espontáneas, esporádicas, no planeadas e informales, tales como conversaciones en los pasillos, las oficinas, en áreas de trabajo y en los patrones de interacción entre el personal de salud. Haidet y Teal (Ibidem. 2014, p. 90) sugieren el análisis de redes para determinar de quiénes a quiénes son transmitidas las premisas y los mensajes, así como encuestas fundamentadas en trabajo cualitativo de peso.

Si la comunicación de los mensajes y las premisas mediante las actividades que las transmiten resulta en su acatamiento, es posible que se modifiquen los comportamientos de las agencias que participan de determinado currículo oculto y, de acuerdo al Modelo Lógico planteado en el esquema anterior, la evidencia de dicho acatamiento se manifestaría en los tres siguientes aspectos: los productos, los resultados y las consecuencias.

Los productos (*outputs*) son considerados, en el currículo tradicional, “unidades de prestación de servicios, como el número de clases o cursos y estudiantes enseñados”, sólo que en el caso del currículo informal no son unidades planeadas, sin embargo, se puede contabilizar el número y grado de alcance de las personas respecto a las premisas y mensajes de un determinado currículo oculto; los resultados a corto y mediano plazo resultan de la aceptación de las premisas, y las consecuencias, como veremos, se refieren a los efectos a largo plazo.

A propósito de este de este aspecto, Haidet y Teal sugieren que, en lo que se refiere al currículo oculto, no se concentre el trabajo en las unidades de prestación de servicios mencionadas, sino en el alcance y la medida en que los estudiantes entran en contacto con las premisas y los portadores de mensajes como maestros, modelos a seguir y demás agentes que se encarguen de fomentarlas. Sobre los instrumentos de medición o valoración, advierten que este aspecto es el menos estudiado de la mano del concepto de currículo oculto, pero rescatan un estudio que lo aborda mediante métodos cuantitativos:

La medición en este ámbito podría consistir en la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos [...] un estudio intrigante utilizó la encuesta para explorar las actitudes de los estudiantes sobre el profesionalismo (los resultados) y cómo este resultado el grado de exposición reportado por los mismos estudiantes (el producto) a comportamientos no profesionales del profesorado (la actividad). Estudios como éste brindan una idea de la importancia de medir los resultados al sugerir que frecuentes o poderosas actividades de comunicación pueden perpetuar las premisas ocultas del currículum. (Ibidem. 2014, p. 91)

Los resultados son el cuarto aspecto del esquema propuesto para identificar y valorar el currículo oculto. Se considera que los resultados a corto plazo son las creencias y actitudes, mientras que los resultados de mediano plazo son los comportamientos observados, para lo cual se recomiendan métodos de recolección de datos como la observación participante o la grabación de video y audio de las clases y demás actividades, sin dejar de lado las encuestas más inclinadas hacia lo cuantitativo.

El quinto elemento son las consecuencias (*impact*), a decir de Haidet y Teal, el elemento más estudiado en lo que se refiere al currículo oculto; este aspecto se refiere a los resultados a largo plazo, como actitudes y comportamientos que son considerados como resultado de tiempo invertido en las experiencias encontradas como parte de un currículo oculto en particular.

Haidet y Teal advierten que el Modelo Lógico de análisis que proponen no opera de manera efectiva si se toman en cuenta demasiados premisas y mensajes, sino que es necesario seleccionar y definir la o las premisas que consideremos más importantes para nuestro análisis. También advierten que el hecho de que los elementos del modelo lógico se muestren de manera lineal y causal en el esquema sugerido, esto no quiere decir que en la práctica y al momento de analizarlos estos mantengan una relación causal:

En primer lugar, al identificar las premisas como parte de la evaluación de los insumos, puede que no sea necesario o factible intentar seguir todas las premisas encontradas. En cambio, puede ser más eficaz identificar una o unas pocas premisas que parezcan especialmente poderosas y centrarse predominantemente en ellas. En segundo lugar, aunque el modelo lógico implica una relación lineal y causal entre elementos como los productos, los resultados e impactos, la realidad puede no ser estrictamente lineal o causal. (Ibidem 2014, p. 92)

Otro dato importante acerca de la aplicación de este modelo, referido a la recolección y posterior análisis de datos, las investigadoras recomiendan incorporar datos de investigaciones previas acerca de los temas de interés que coincidan con la investigación en curso, sin que por ello haya que descuidar el hecho de que cada caso debe contextualizarse adecuadamente, por lo que se debe tener cuidado de no recurrir a datos de investigaciones que sean tan generales que no permitan focalizar el currículo oculto, ni tan específicos que no tengan una relevancia sólida en relación con la investigación primaria.

Al igual que en otros ámbitos de la investigación y la evaluación, puede resultar más rápido y conveniente realizar un análisis secundario de los datos ya existentes que se hayan recogido para algún otro fin. En el caso de la evaluación de los currículos ocultos, los datos secundarios presentan los mismos problemas característicos que en cualquier proyecto de evaluación o investigación: los datos deben ser útiles teniendo en cuenta la pregunta de investigación, deben estar disponibles y ser accesibles, y deben ser de alta calidad[...] Si los datos secundarios se recogieron para responder a preguntas generales, pueden carecer de la orientación necesaria para comprender plenamente un currículo oculto. Por otra parte, los datos secundarios procedentes de una pregunta demasiado específica pueden no tener la relevancia necesaria para explorar un currículo oculto. (Ibidem 2014, pp. 94–95)

Teniendo en cuenta, pues, los conceptos de trabajo emocional, normas emocionales, profesionalismo (y dentro de este concepto los matices correspondientes a la identidad profesional), se explorará, a través de la lente de los currículos oculto e informal, qué lugar ocupan las emociones en la profesionalización de los estudiantes de la carrera de Medicina del Departamento de Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Con el objetivo de valorar los insumos y las actividades del Modelo Lógico propuesto, nos valdremos de entrevistas semiestructuradas, lo que permitiría esbozar en el grado de alcance de las premisas y los mensajes del currículo oculto experimentado por las y los estudiantes, además de

identificar cuáles son sus creencias y actitudes relacionadas con este nivel informal de su aprendizaje y enseñanza

Instrumentos:

La entrevista será realizada a dos estudiantes (hombre y mujer) de los primeros semestres de la carrera; a dos estudiantes (hombre y mujer) de semestres intermedios y a dos estudiantes de semestres avanzados (hombre y mujer), que de preferencia ya cuenten con experiencia clínica en hospitales o centros afines.

Entrevista

¿Por qué estudiaste medicina?

¿Cuál es el perfil, según tus palabras, que un médico o una médica debe cumplir para considerarse un o una profesional excelente?

¿Puedes relacionarlo con el uso o desuso de algunas emociones? ¿Cuáles? ¿Por qué?

¿Existe en el programa que ofrece tu carrera de medicina alguna materia o clase que te capacite formalmente para trabajar o administrar tus emociones como profesional médico?

¿Tienes algún modelo a seguir?

¿Alguna vez manifestaste alguna emoción por la que se te haya reprendido o hayas sentido algún tipo de presión para modificarla u ocultarla?

¿En qué momentos se le permite a un médico o médica manifestar enojo o ira?

¿En qué momentos se le permite a un médico o médica manifestar compasión?

¿En qué momentos se le permite a un médico o médica manifestar miedo?

¿En qué momentos se le permite a un médico o médica manifestar tristeza?

¿En qué momentos se ha sentido humillado o humillada?

¿En qué momentos ha sentido orgullo?

Describe una situación real importante para usted en la que experimentó una emoción fuerte/profunda durante su formación

Describa, lo más completa y concretamente posible, una situación real, importante para usted, en la que haya tenido que modificar la situación para que se adapte a sus emociones, o bien, modificar sus emociones para que se adapten a la situación.

Capítulo 4. El discurso médico hegemónico y el currículo formal de la carrera de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Aguascalientes

Como ya se mencionó en capítulos anteriores, las distintas esferas curriculares (oculta, informal y formal) se entrelazan entre sí y generan vínculos que se sustentan o se contradicen al manifestarse y ejercerse mediante diferentes agencias, acciones, mensajes, productos y resultados. En este sentido existe una especie de estructura que se establece en contraste con la capacidad de incidencia de las agencias en cada una de las esferas; por un lado, estaría el currículo oculto, el cual, como Hafferty(2008) y Taylor y Wendland(2014, p. 60) lo señalan, bien podría denominarse hegemónico, pues se presenta como la macroestructura de la cultura médica, dentro de la cual se conforman y desarrollan a la currícula formal e informal.

Este currículo oculto o hegemónico bien puede manifestarse, al menos en parte, dentro de los objetivos y declaraciones del currículo formal, pues a menudo este último se adhiere y responde a los presupuestos del modelo médico norteamericano, el cual rige las instituciones de evaluación y certificación nacionales e internacionales. Otra forma de detectar el currículo formal son los programas de estudios, así como en los tipos de evaluaciones a las que se someten tanto las y los estudiantes como el cuerpo académico y administrativo.

Con el objetivo de identificar y contrastar las distintas esferas curriculares, se hace una breve revisión de la historia y fundación de las carreras enfocadas a la salud en el desarrollo de la Universidad Autónoma de Aguascalientes desde sus inicios hasta nuestros días, así como de una breve revisión del programa y los elementos de evaluación y de certificación, tanto nacionales como internacionales a los que se adhiere la formación médica impartida por la institución educativa.

Contexto histórico de la fundación de la Universidad Autónomas de Aguascalientes y del Centro de Ciencias de la Salud⁷:

La Universidad Autónoma de Aguascalientes tiene sus antecedentes en el Instituto Autónomo de Ciencias y Tecnología (IACT), el cual fue fundado en 1867. Previo a su transformación en Universidad, el IACT ya impartía la carrera técnica en Enfermería, desde 1962, y la licenciatura en Medicina desde 1972.

Posteriormente, en 1973, el IACT se transforma en la Universidad Autónoma de Aguascalientes, con la aprobación del Consejo Directivo del Instituto Autónomo de Ciencias y Tecnologías. La nueva Universidad se organiza en forma departamental (como permanece hasta la actualidad), siendo los departamentos las unidades fundamentales para el cumplimiento de las funciones institucionales

En 1974 nace el Centro Biomédico, junto con el Centro Básico, Centro Tecnológico, Centro Agropecuario, Centro Cibernético, Centro Artístico, Centro de Deportes y Centro de Enseñanza Media; para el año de 1975 se incorpora el Hospital Hidalgo al patrimonio universitario, y permanecen fusionados hasta 1979, si bien es cierto que la relación entre ambas instituciones, ahora independientes, no han abandonado nunca su estrecha relación. En el mismo año de 1979 se fundan los Departamentos de Salud Pública y Optometría con sus respectivas licenciaturas, aunque la primera no tardará en desaparecer.

En 1984 el Departamento de Medicina se divide en Medicina, Cirugía y Salud Materno-infantil, hoy Ginecología-Obstetricia y Pediatría. Al año siguiente, en 1985, se crean los primeros planes de estudio de posgrado, iniciando así las especialidades de Anestesiología, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Traumatología y Ortopedia.

La primera generación de especialistas de la Universidad Autónoma de Aguascalientes y el Hospital Hidalgo se gradúa dos años después, en 1987. Entre 1993 y 1998 se transforma la carrera técnica de Enfermería a nivel Licenciatura y se abren cuatro maestrías más, a saber, Salud Ocupacional, Ciencias Médicas, Ciencias Forenses y Periodoncia.

⁷ Información recopilada de la página oficial de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.(
<https://www.uaa.mx/portal/nuestra-universidad/centros-academicos-2/centro-de-ciencias-de-la-salud/medicina/>,
<https://www.uaa.mx/portal/nuestra-universidad/centros-academicos-2/centro-de-ciencias-de-la-salud/>)

Más adelante, en el periodo 1998 al 2000, se fundan las Carreras Técnico Superiores (TSU) en Terapia Física, Terapia respiratoria e Inhaloterapia, Podología, Prótesis Dental y Nutrición. En el 2002 se oferta la Maestría en Bioética; en el 2003 y en 2005, respectivamente, las TSU de Nutrición y Terapia Física se transforman en Licenciatura y, durante los años siguientes se amplía la oferta de programas tanto de pregrado como de posgrado en áreas como la Licenciatura en Cultura Física y Deportes y la Maestría en Ciencias Biomédicas con salida a Salud Ocupacional, Bioética, Estomatología y Optometría.

El 2010 el centro Biomédico se transforma en el Centro de Ciencias de la Salud, el cual integra los tres departamentos que en la actualidad integran la Carrera de Medicina (Cirugía, Ginecología-Obstetricia y Pediatría y Medicina). La organización del centro se organiza de la siguiente manera: un decanato, secretarios académicos, jefes de departamento, personal administrativo, de investigación y el profesorado.

En esta breve descripción histórica del Centro de Ciencias de la Salud observamos una tendencia a la especialización técnica y biomédica, dejando a un lado y desapareciendo, incluso, tanto la Licenciatura como la Maestría en Salud Pública; si bien es cierto que ahora este rubro está presente tanto en la formación del Departamento de Cultura Física y Salud Pública y en la impartición, en sus programas, de algunas materias relacionadas con la última, también lo es que en la práctica estas áreas pasan a un segundo plano, no sólo desde la trinchera institucional que, por ejemplo, tiene desatendido el apartado web correspondiente a este Departamento, sino por la importancia que las y los estudiantes de pregrado adjudican a los cursos de Introducción a la Salud Pública, Psicología Médica y otras materias con trasfondo más social y humanistas.

En lo que respecta, particularmente, a la formación de médicos y médicas, es de especial relevancia lo señalado por Villanueva Lozano(2019) al respecto de la carrera de Médico Cirujano al compararla con otras carreras, ya que la primera, junto con las demás carreras relacionadas con la atención a la salud, se diferencia tangencialmente de las demás en que su desarrollo y planteamiento siempre corren paralelamente con las políticas públicas, reglamentaciones y suposiciones de los discursos oficiales de las instituciones de salud: “Esta carrera también se diferencia de otras licenciaturas porque la formación profesional de los médicos se comparte entre las instituciones educativas y las instituciones de salud”(Ibid. 2019, p. 22).

Para vincular los quehaceres y preocupaciones plasmados en la curricula de la Licenciatura en Médico Cirujano, tomemos en cuenta que Según Sarah Horton y compañía (2014, p. 2), a finales

del siglo XX comenzó un cambio de enfoque a nivel mundial en cuanto a los mecanismos de aseguramiento y atención a la salud que se vinculan con una mercantilización e individualización de dichos servicios:

En las dos últimas décadas se han producido cambios fundamentales en los sistemas de los seguros de salud en todo el mundo. En América Latina, la presión de las instituciones financieras mundiales ha llevado a la introducción de la atención administrada y la privatización de la seguridad social en Chile y Colombia. Presiones similares han llevado a los países de Europa del Este a adoptar reformas del sector privado en sus sistemas socialistas de salud, mientras que los países de Europa Occidental se enfrentan a desafíos sin precedentes para sus tradiciones históricas de seguridad social. (Ibid. 2019).

En este sentido, el sistema de salud mexicano no es una excepción, pues, según Olivia López y Édgar C. Jarrillo Soto (2017), desde los años ochenta se han adoptado y desarrollado medidas que han modelado al sistema sanitario de nuestro país:

Las transformaciones del sistema de salud mexicano a partir de los años ochenta han sido modeladas por reformas neoliberales, en el campo social y sanitario se rigen por la lógica de privatización/ mercantilización y neobeneficencia. En esta dinámica, reordenan las características de los sistemas de protección social y modifica la relación público-privada. (Ibid. 2017)

Como ya se mencionó, debemos considerar que la formación profesional de las y los médicos es especialmente particular debido a los paralelismos que se les exige en referencia a las instituciones nacionales de salud que se rigen, a su vez, por mecanismos discursivos de las naciones hegemónicas, en este caso, Estados Unidos y Canadá. Debido a lo anterior, vale la pena identificar cuáles son las tendencias tanto internacionales como nacionales de la educación médica, a las que pertenece nuestra institución educativa.

Una muestra local de lo anterior, coincide con la primera acreditación del 2005 de la carrera de Medicina de la Universidad Autónomas de Aguascalientes, ante el Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (COMAEM), organismo que certifica a las instituciones educativas de educación médica por periodos de 5 años. La carrera de Médico Cirujano de la UAA fue evaluada nuevamente a finales del año 2019 y se refrendó, por cuarta ocasión, la acreditación a principios del 2020 (2019, bk. Boletín-UAA logra acreditación internacional en la Licenciatura de Médico Cirujano).

Esta acreditación se alinea a las directivas estadounidenses de calidad en la educación y la atención médicas afines a la tendencia generalizada de privatización y neoliberalización, lo cual desprestigia sustancialmente áreas de formación ajenas a la dimensión estrictamente biológica, lo cual está constatado por Marcia Villanueva Lozano (2019) respecto a la estructura del programa de estudios de la carrera de Médico Cirujano de la UNAM, el cual, como veremos, es muy similar a la de la UAA. Villanueva Lozano (Ibidem. 2019) señala que desde la publicación del Informe Flexner⁸ en 1910, la formación médica ha tenido, tanto en el mundo en general como en México en particular, un enfoque principalmente biomédico y clínico:

Esta carrera también se diferencia de las otras licenciaturas porque la formación profesional de los médicos se comparte entre las instituciones educativas y las instituciones de salud. [...] Un momento definitorio en ese proceso fue la publicación del Informe Flexner en 1910, una evaluación realizada a las escuelas de medicina de Estados Unidos y Canadá que tuvo por objetivo estandarizar la formación profesional de los médicos. Dicho informe asentó que la instrucción de los estudiantes de medicina debía basarse, primero, en las ciencias biomédicas y, segundo, en la práctica clínica dentro de los hospitales. (Ibid 2019, p. 22).

En concordancia con lo señalado por Marcia Villanueva Lozano, el plan de estudios de la Universidad Autónoma de Aguascalientes se apega a varios de los postulados flexerianos. A decir de Agustín Vicedo, los principales aportes y sugerencias del Informe Flexner eran las siguientes: la formación curricular de cuatro años de duración; dos años de enseñanza de formación de laboratorio (ciencias básicas); dos años de enseñanza clínica en hospitales y/u otras instituciones de servicios clínicos; vinculación de las escuelas de medicina a las Universidades; adopción de formación en Matemáticas y Ciencias como requisitos de ingreso; integración de ciencias básicas y ciencias clínicas en el lapso curricular de cuatro años; estimulación del aprendizaje activo; limitación del aprendizaje de memoria mediante conferencias; desarrollo de pensamiento crítico y resolución de problemas; énfasis constante en que la preparación médica es una tarea de por vida (Tomey, 2002, p. 158).

⁸ Abraham Flexner fue un educador nacido en Norteamérica en 1866 que incidió profundamente en la formación médica universitaria. El informe *Medical Education in the United States and Canada*, denominado coloquialmente *Informe Flexner* se publicó en 1910 en el Boletín número cuatro de la *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* y representó uno de los cambios más importantes de las escuelas de medicina a nivel mundial, pues estandarizó la mayoría de los programas de estudio de la formación médica vigentes hasta nuestros días. (Narro, 2004)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Es de esperar que a más de cien años de la publicación del informe se hayan modificado y agregado objetivos, medios y expectativas respecto a la formación médica, pero tampoco debe sorprendernos que se mantengan algunos de sus fundamentos. Como lo señala José Narro (2004),

La herencia de Flexner sigue siendo importante. Sus conceptos y recomendaciones tienen vigencia y son aplicables en nuestro medio. Las ciencias básicas, así como los laboratorios y gabinetes, siguen teniendo un papel fundamental en la formación del médico. El hospital y la enseñanza clínica son claves en la tarea. (Ibid 2004)

Sin embargo, el mismo Narro señala que el crecimiento poblacional, el aumento de la esperanza de vida, el cambio de las causas de muerte y las enfermedades más comunes, el envejecimiento de la población, el deterioro del medio ambiente, los nuevos avances científicos y tecnológicos, además de los problemas de admisión, cupo y egreso de las escuelas de medicina, entre otros factores, presentan retos que en la época de Flexner no existían o no representaban una prioridad. De cualquier forma, aunque adaptándose a los cambios de manera más o menos eficiente, la Universidad Autónoma de Aguascalientes se organiza como la mayoría de las escuelas que adoptaron la perspectiva flexeriana.

Al igual que en muchas Universidades del país, incluyendo al UNAM, en la UAA, el tiempo de preparación de los estudiantes de medicina (que dura siete años en total) está dividido en un primer periodo dedicado principalmente al aprendizaje de disciplinas científicas, y un segundo periodo enfocado en el estudio, aprendizaje y práctica de habilidades clínicas en instituciones de salud.

Los primeros dos años corresponden a los ciclos básicos, que están enfocados en el estudio de las bases científicas de la práctica médica (anatomía, fisiología, bioquímica, histología, microbiología, embriología, farmacología, etc.). Los ciclos básicos tienen sede en las universidades, donde además de recibir cátedra, los alumnos realizan prácticas de laboratorio [...] desde el primer día de clases deben vestir con uniforme: ropa blanca, zapatos blancos y bata. El uso de este uniforme será obligatorio durante toda la carrera de medicina y durante los estudios de especialidad que se cursan después de la licenciatura (Lozano, 2019, p. 23)

A partir del quinto semestre comienzan las prácticas clínicas. A partir de este periodo, los estudiantes acuden cada vez menos a las aulas de la Universidad para asistir a su capacitación tanto en la propia Unidad Médica de la UAA, como en los hospitales con los que la institución educativa tiene convenios para que sus estudiantes entren como adscritos y comiencen su interacción con las y los pacientes. En este periodo de la carrera, las y los estudiantes hacen rotaciones por las distintas

áreas de los hospitales y adquieren conocimientos de especialidades médicas como neumología, cardiología, gastroenterología, neurología, medicina preventiva, medicina basada en evidencias, ginecología, genética médica, pediatría, entre otras. Después de acreditar los diez semestres indicados en el programa, las y los estudiantes deben realizar un año de Internado Rotatorio de Pregrado y un año de Servicio Social.

Aunque desde el inicio de la carrera se ofrecen materias como Salud Pública, Psicología Médica, Ética Profesional Médica, Salud Ambiental e Historia de la Medicina, éstas ocupan un rol secundario frente al énfasis evidente en la dimensión biológica de la atención al paciente, basada en la atención del individuo de forma departamentalizada. Muestra de lo anterior son algunos comentarios al respecto de estas materias hechos por varios de las y los entrevistados

Horacio: Es que ahí está raro la percepción, o sea, yo sí se de muchas materias que las ven como relleno. El ejemplo es Salud Pública en segundo semestre, que, pues no es vaya el glamour del hospital, tipo Dr. House o Grey's Anatomy, que, pues son de “ah, salvar al paciente”, en lo personal a mí sí me gusta mucho la salud pública, ahí a lo mejor sería una respuesta diferente a las demás porque yo sí siento que es necesario ver por las determinantes del paciente, económicas, sociales y todo lo demás, inclusive, pues sí, la verdad sí me gusta mucho, el problema es que para ese caso en específico sí la ven como de relleno.

Leonardo: De hecho, llevamos ética profesional, justamente, si de hecho justamente este semestre la estoy llevando, pero pues no es lo que esperarías realmente, a lo mejor en presencial es algo que pudo haber cambiado; en línea es una sesión de una hora, en que la maestra saca algunos temas importantes, pero realmente parece más una plática para ella misma [...] Nosotros como estudiantes, creo que realmente no la tomamos tan en serio la materia, muchos casi ni se conectan, de hecho, yo rara vez me conecto a su materia, si le soy sincero; como tal es más que eso, siento que su materia, aunque ella la da con mucho entusiasmo, no es como, lo suficientemente interesante, o parece más una plática para ella misma.

Ana Paola: Sí, sí llevamos ética, pero nos enseñan cosas muy absurdas, o sea, cosas que ni por aquí se me pasa que lo voy a utilizar un día en mi carrera. No sé, nos enseñan de que... Aristóteles, “la frase de Aristóteles...” [...] O sea, yo de hecho sí, me emocionaba esa materia porque pensé que nos iban a enseñar, como dices, o sea, cómo

tratar con los pacientes para que se sientan bien, o con nosotros mismos, pero no, no.[...]
Es que yo creo que los maestros no se dan cuenta de que la clase no sirve para nada [...]
yo siento que no, inclusive la misma maestra que nos daba ética se ponía a platicarnos
cosas que nada qué ver, no sé, de su esposo o que hoy desayunó chilaquiles con huevo,
cosas así.

Las citas anteriores revelan varios temas de interés para esta investigación, pues son muestra de que a pesar de que, en documentos como la visión y misión del Departamento de Medicina, así como en el programa de estudios al expresar los perfiles deseados de ingreso y egreso, en la práctica parece no existir un interés riguroso por enseñar y aprender o aprovechar a fondo y conscientemente estas materias; lo anterior es relevante porque es la lente del discurso biomédico lo que en la práctica nubla u oculta las premisas correspondientes a la dimensión social y emocional de la formación médica.

El perfil deseado por la Universidad Autónoma de Aguascalientes para aceptar a las y los futuros médicos nos dice algo del currículo formal que, por contraste, echa luz también sobre el currículo informal. Según el programa vigente, los rasgos deseables que se esperan del aspirante de nuevo ingreso son los siguientes: convicción por el desempeño profesional del médico; disponibilidad de tiempo completo; salud física y mental; hábitos de vida saludables; curiosidad científica; hábito de lectura y de técnicas de estudio; responsabilidad; respeto por sus semejantes; sentido ético y moral; capacidad para establecer relaciones interpersonales; trabajo en equipo; espíritu de servicio y sensibilidad a necesidades del entorno; y buena conducta.

En cuanto al perfil de egreso, atendiendo al tema que nos atañe sobre lo que el currículo formal exige y lo que se aprende a través del currículo informal, el programa tiene como objetivo que las y los estudiantes posean un cúmulo de habilidades, conocimientos, actitudes y valores. Las habilidades se refieren principalmente a destrezas técnicas de diagnóstico y atención a la salud tanto comunitaria como individual; los conocimientos, por su parte, aunque también son, en su mayoría, de carácter técnico y clínico, se mencionan además destrezas comunicativas; las actitudes y los valores son las secciones en el programa que más se relacionan con la administración emocional que la currícula formal e informal oculta o evidencia pues, mientras que el programa sugiere tolerancia, empatía, ética, y compañerismo⁹, los datos recabados mediante el trabajo de campo y otros datos secundarios extraídos de investigaciones similares, nos dejan ver que el

⁹ Ver programa en la sección de Anexos

currículo oculto se manifiesta de forma casi diametralmente distinta, pues el currículo informal sugiere comportamientos de competencia, orgullo e intolerancia, además de pasar la dimensión ética a un nivel de desatención y desprestigio evidente.



Capítulo 5. Develando la currícula oculta e informal

Habiendo identificado el discurso hegemónico sobre la atención a la salud que, a su vez, estructura el currículo formal de la carrera de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, expuesto en el programa y en los documentos oficiales del Centro de Ciencias de la Salud de la misma institución, corresponde ahora pasar revista a los hallazgos decantados de las entrevistas realizadas a ocho estudiantes de la carrera, según la batería de preguntas expuestas con anterioridad, con el objetivo de identificar aspectos pertenecientes al currículo informal de su preparación.

Recordemos que las intersecciones de las tres capas de la currícula del estudiante de medicina, se entrecruzan de manera diversa, por lo que, por ejemplo, mientras que el currículo formal de la carrera de Médico Cirujano coincide con el discurso hegemónico sobre el dominio de la técnica y las ciencias básicas, este discurso hegemónico se vale del currículo informal para transmitir los sesgos de género, premisas de individualismo, competencia y discriminación propios de la neoliberalización de los sistemas de salud a nivel mundial antes mencionados, lo cual hace mella en los mensajes sobre la dimensión emocional de la formación de las y los estudiantes.

A continuación, se hace una relación, categorización e interpretación de distintos aspectos a analizar: los insumos, referentes a los mensajes o premisas acatados que se repiten durante las entrevistas, pero que no están asentados de manera formal en los discursos oficiales previamente analizados, si no que se dan por hecho o se aprenden mediante la práctica y el tiempo que se pasa en el ambiente del campo médico-estudiantil; también se identifican las actividades, es decir, los procesos comunicativos de los mensajes o premisas enunciados por las y los entrevistados, así como los posibles portadores de dichos mensajes como pueden ser maestros, modelos a seguir, etc.; de igual forma, se identifican los productos, es decir, los mensajes y premisas específicos sobre la administración emocional aprendida y puesta en práctica por las y los estudiantes; por su parte, los resultados se analizarán solamente a corto plazo y se refieren a las creencias y actitudes individuales, derivadas de la aceptación de los mensajes y manifestadas por las y los mismos entrevistados como parte de lo que, según su propia experiencia, aprenden sobre el cómo convertirse en médico y en lo que significa ser estudiante de medicina

Este análisis se limita a los resultados a corto plazo, ya que, según el Modelo Lógico que nos guía, los resultados a mediano plazo y las consecuencias, que se evidencian a largo plazo, exigirían un trabajo de campo de más larga duración, así como una recopilación de datos que fue imposible

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

debido a las medidas de contingencia COVID que se implementaron en las aulas y los hospitales durante el proceso investigativo.

Durante el trabajo de campo se identificó una serie de insumos relacionados con lo que, para las y los entrevistados, significa ser médico, primero de manera general y luego referido al manejo o administración de algunas emociones específicas como la ira, la humillación, la empatía, la compasión, la envidia y otras.

Las premisas o mensajes que conforman los insumos, a menudo expresadas como normas morales, forman parte del perfil que, según las y los estudiantes, configuran su ideal de profesionalismo médico. Dichas premisas dan cuenta de lo que Marcia Villanueva Luévano llama “galenización”, concepto que se define como “el proceso de transformación personal que experimentan los estudiantes de medicina durante su formación profesional” (2019, p. 134) con el fin de adquirir un grado satisfactorio de galenidad, la cual, según la misma investigadora,

está representada por narrativas grupales socialmente compartidas y adquirirla no sólo consiste en integrarla a nuestro conglomerado narrativo como una historia más que nos representa, sino que implica sobre todo tener prácticas sociales de personeidad basadas en ella, con sus cuatro elementos: la subjetividad (pensar y sentir como médico), la expresión (comportarse como médico) el reconocimiento y la respuesta (ser visto y tratado como médico).(Ibidem 2019, p. 134)

Dado que las y los estudiantes se encuentran en etapa formativa, aún no se consideran a sí mismos como médicos o médicas, pero la institución educativa hace énfasis en el acatamiento de acciones y actitudes que poco a poco van conformando su identidad profesional como estudiantes de medicina y futuros médicos; un ejemplo claro es el de la obligación de vestir con ropa y zapatos blancos desde el inicio de la carrera o la insistencia al respecto de que ya no tendrán tiempo más que para estudiar, insinuando que las actividades familiares, recreativas o de pareja, entre otras, tendrán que pasar a segundo plano o francamente ser abandonadas. Esta reclusión o ensimismamiento en la comunidad médica, que termina de afianzarse durante los procesos de internado y servicio social, provoca que se pierda el contacto con otras esferas y redes sociales, lo que acelera la galenización de la o el estudiante de medicina.

la galenidad modula las expresiones de los médicos para que proyecten su fortaleza performando un carácter autoritario, desvinculante y resistente. Esto es más evidente durante el proceso de formación profesional, que es cuando los estudiantes de medicina dejan de ser no-médicos (como los pacientes) para convertirse en médicos. La expresión

de los estudiantes de medicina se limita tanto con el confinamiento dentro de los hospitales—que cancela su posibilidad de expresarse de otras formas en otros espacios sociales—, como con medidas disciplinarias estrictas cuyo fin es que los estudiantes aprendan a proyectar la imagen médica que prescribe la galenidad.(Lozano, 2019, pp. 251–252)

Tanto la expresión como la subjetividad de las que habla Lozano pueden analogarse con los resultados y las premisas o mensajes de nuestro Modelo Lógico, los cuales se comunican a través de ciertas actividades y mediante determinados portadores; por su parte, las mismas entrevistas, además de los datos ya mencionados, nos dejan ver algunos los productos relacionados, a su vez, con sus premisas y mensajes correspondientes. Debe quedar claro que algunos insumos se podrán clasificar también como productos o resultados, pues se corresponden con las mismas premisas o mensajes.

En lo que respecta a las actividades y los portadores, las entrevistas revelaron que, como se esperaba, las primeras se limitaran a los tiempos de clase, de prácticas clínicas, de las reuniones extracurriculares y, en el caso de las y los estudiantes de mayores semestres, al tiempo de servicio. Tal vez, de no haber sido por las restricciones de la pandemia, se hubieran identificado más actividades como reuniones de esparcimiento o pláticas de pasillo, pero la contingencia redujo las formas de convivencia que se desarrollan durante la formación presencial.

1. Clases
2. Prácticas clínicas
3. Reuniones extracurriculares
4. Área de urgencias

Por su parte, los portadores de los mensajes y las premisas suelen ser transmitidos por maestros, administrativos, tutores, directores, decanos, miembros del profesorado y familiares.

1. Maestros
2. Directores, Decanos
3. Tutores
4. Compañeros de semestres superiores
5. Administrativos
6. Familiares

Durante las entrevistas, las principales emociones mencionadas por el público entrevistado fueron las siguientes: el orgullo, el miedo, la ira/enojo, la compasión, la frustración, la tristeza, la depresión, la arrogancia, la humillación, la envidia, la empatía, el humor y la admiración. Ninguna de estas emociones es propiamente definida, catalogada y reforzada mediante la currícula formal, sin embargo, su exigencia se manifiesta dentro del marco de ciertas actitudes o habilidades requeridas mediante el currículo oculto, a saber: la neutralidad afectiva, la disciplina desvinculante de todo aquello que no se corresponda con el campo médico; la adopción de jerarquías del gremio médico al que se integran las y los estudiantes de medicina; la competencia, a menudo desleal e individualista, entre personal clínico; y lo que se considera una buena relación tanto entre colegas como con las y los potenciales pacientes.

Clasificamos, pues las emociones referidas durante las entrevistas, según su relación con actitudes o cualidades que se transmiten a través de la currícula informal, a menudo en contradicción con algunas de las cualidades que la currícula formal exige. Cada una de estas contradicciones se expresaba, a decir de las y los estudiantes entrevistados en cambios de actitud o modificaciones paulatinas en su manera de actuar o reaccionar frente a determinadas situaciones, es decir, en procesos de trabajo o administración emocional.

La siguiente tabla muestra las relaciones a estudiar:

Habilidad de la currícula informal	Emoción
A. Disciplina desvinculante de lo no médico	Orgullo
	Frustración
B. Adopción de las jerarquías del gremio médico	Humillación/Miedo
C. Neutralidad afectiva	Ira / Enojo
	Frustración
	Compasión/Empatía
D. Competencia entre colegas	Tristeza/Depresión
	Envidia
E. Buena relación médico-paciente y laboral	Humor
	Admiración

Tabla 2

A. Desvincularse de todo aquello que no se refiera al campo médico:

La carrera de Médico Cirujano de la Universidad Autónoma de Aguascalientes, al igual que en el caso de la mayoría de las escuelas de medicina a nivel nacional, son un gremio, una élite que se administra, en mayor o menor medida, a sí misma, pues el médico es considerado casi un ávatar del progreso civilizador, un ente aparte que, como se sugería anteriormente, va de la mano con las nociones de progreso propias de las ciencias duras; por ello, no resulta extraño que a los médicos en ciernes se les exija exclusividad desde su formación temprana. En una ocasión incluso, al convivir con un grupo de residentes de un reconocido hospital hidrocálido, escuché que el grupo de galenos se refería a los no médicos como *muggles*, término proveniente de la serie de novela fantástica *Harry Potter*, en la que se usa este concepto para referirse a aquellos personajes que no poseían magia. De esta manera, el orgullo y la frustración parecen funcionar como los puntos de partida emocionales para definir perfiles y actitudes del profesional médico.

Orgullo:

Entre la población entrevistada era común escuchar referencias al prestigio de la carrera de Médico Cirujano frente a las demás carreras, lo cual resultaba en expresiones de orgullo y, en ocasiones arrogancia, coincidiendo con la definición que del primer vocablo brinda la RAE “Sentimiento de satisfacción por los logros, capacidades o méritos propios o por algo en lo que una persona se siente concernida” y como “arrogancia, vanidad o exceso de estimación propia que suele conllevar sentimiento de superioridad”

Los portadores de los mensajes solían ser miembros del profesorado que delineaban el perfil de los nuevos estudiantes de medicina, y del futuro galeno, como alguien desvinculado de todo aquello que no sea la vida clínica o como un estudiante sin fallas, aunque las y los estudiantes, tanto de nuevo ingreso como los intermedios y avanzados, incluían descripciones que también denotaban este tipo de discriminación.

En las siguientes citas de las entrevistas (Fig. 1), aparecen participaciones como Leonardo de primer semestre, Ana Paula de quinto semestre, y Froylán, recién egresado. El primero le atribuye una personalidad egocéntrica al médico ideal, coincidiendo así con la definición que también nos refiere Ana Paola y que puede conectarse con las palabras de Froylán cuando menciona que se espera que el médico se “desviva” en su profesión. Es importante mencionar, también, que el personal académico refuerza estos mensajes a través de las sentencias referidas por Ana Paola.

Leonardo: Yo lo veo (al médico) como pulcro, como con una imagen, sobre todo, muy educado también, con un perfil y una personalidad, tal vez, un poco egocéntrica incluso en algunas ocasiones.

Ana Paola No es que me lo dijeran a mí, solamente en Anatomía, me lo dijo la doctora, pero sí es muy común que te lo digan los doctores. A mis compañeros también se los han dicho otros doctores, o sea, si ven que llevas malas calificaciones te lo dicen así, esté quien esté, te oiga quien te oiga, te dicen: “no sirves para medicina, la verdad no, la verdad tú no eres de aquí, eres de otra carrera”

Ana Paola: Sobre todo en la UAA que por ejemplo, hacen mil y tantos el examen y solamente entran cien o ciento cincuenta, tú ya desde ahí te sentiste de que no manches y te o hacen saber los doctores el primer semestre, como de “ustedes sí pueden y ustedes dejaron a novecientos y tantas personas afuera, porque ellas no pueden y ustedes sí pueden”, entonces como que desde el principio te van inculcando eso de que tú eres más que los otros o te dicen: “ay, tú no eres bueno, si no eres bueno vete a Gastronomía que es de tu nivel.”

Ana Paola Puedes ser orgullo o egocentrismo, siento que es una emoción muy recurrente en medicina, o sea como sentirse así: “uf, yo soy más que todos los demás que están en otras carreras”. [...] No es que me lo dijeran a mí, solamente en Anatomía, me lo dijo la doctora, pero sí es muy común que te lo digan los doctores. A mis compañeros también se los han dicho otros doctores, o sea, si ven que llevas malas calificaciones te lo dicen así, esté quien esté, te oiga quien te oiga, te dicen: “no sirves para medicina, la verdad no, la verdad tú no eres de aquí, eres de otra carrera”, cosas así

Ana Paola: Ah, muy bien (ríe). Es que yo siento que todos, no sé, en Facebook, todos se han encontrado memes de médicos, o sea, el meme que le está diciendo: “mi hijo es médico” y la otra mamá “el mío es feliz”, es como ¡ay, no!, entonces es como, sí, siento que hay mucho el estereotipo del estudiante de medicina que corrige a todo mundo y es como “ay, yo estudio medicina, mira mi bata blanca”, y siento que muchas personas han conocido personas que son así de verdad, y creen que el hecho de que ellas se comporten así caracteriza toda la carrera

Froylán: el perfil de médico que te generan es de una persona muy perfeccionista, que tiene que estar... que no puede sacar menos de nueve, o sea, que toda su vida tiene que estar dedicada a la medicina, que, pues sí, se desvive por eso

Froylán: Yo creo que tu desempeño académico sí influye mucho de qué tanto le dediques y, generalmente, los mejores desempeños son los más metidos, los que se alejan más de la familia, los que se alejan, inclusive, los que no tienen amigos en el hospital, pues son los más inteligentes y sí hay personas así

Froylán: Sí, realmente entras con una idea de que, de hecho, yo creo que desde que entras te sientes parido por dios, ¿no?, la neta sí llega a pasar.

(Fig. 1)

Frustración: Este desmarcamiento frente a todo lo que no pertenezca al campo médico también se relaciona con el poco valor que se les da a las asignaturas “blandas”, tales como Psicología Médica, Ética y Bioética, dado que se mostraban poco preparados o poco interesados en la clase, lo que convertía a la asignatura en una materia de relleno, o aburrida y sin importancia para las y los estudiantes de Medicina.

En este caso (**Fig. 2**) no es el orgullo sino la frustración el medio emocional mediante el cual se aprende el desvinculamiento de los ambientes no médicos. En este caso se muestran respuestas de Leonardo, de primer semestre; de Horacio, de sexto semestre; y de Ana Sophía, de sexto. Los tres estudiantes coinciden en que la materia no resulta ser lo que esperaban, ven frustradas sus expectativas y se desaniman, si es que en algún momento tuvieron entusiasmo al respecto de la materia. Leonardo expresa, en particular, que quizá su decepción se deba a que la materia se impartía en línea, ya que la pandemia de Covid se encontraba en su cúspide, pero al igual que Horacio y Ana Sophía, menciona que la falta de calidad del contenido o el pobre desempeño docente de dichas asignaturas eran un elemento de fuerza para considerarlas como “una materia de relleno”. Es de especial atención el comentario de Horacio, quien echa mano de la cultura popular expresada en las series televisivas sobre el quehacer del médico, que se restringe a las “aventuras” por así decirlo, que sólo se viven en el hospital como escenario, donde el personal clínico, en particular el o la médico es protagonista y héroe.

Leonardo: Llevamos ética profesional, justamente, sí de hecho justamente este semestre la estoy llevando, pero pues no es lo que esperarías realmente, a lo mejor en presencial es algo que pudo haber cambiado; en línea es una sesión de una hora, en que la maestra saca algunos temas importantes, pero realmente parece más una plática para ella misma [...] Nosotros como estudiantes, creo que realmente no la tomamos tan en serio la materia, muchos casi ni se conectan.

Horacio: Es que ahí está raro la percepción, o sea, yo sí se de muchas materias que las ven como relleno. El ejemplo es Salud Pública en segundo semestre, que, pues no es, vaya, el glamour del hospital, tipo Dr. House o Grey's Anatomy, que, pues son de “ah, salvar al paciente”.

Ana Sophía: con psicología médica, la verdad es que la materia está muy mal implementada; y pues ya, en ese semestre como que nos dimos por vencidos, nos dimos cuenta que no íbamos a lograr nada y cuando llegamos a octavo, me parece, que llevamos la materia de bioética, venía un apartado que era sí como de hablar de tanatología, cuidados paliativos, y la verdad es que nosotros creímos que iba a ser algo muy padre, que nos iban a contar toda esta parte del procesos de la muerte y cómo tomarlo, [...] la verdad es que fue una [...] ni siquiera podíamos enriquecer mucho esa parte porque la maestra era cuadrada, era así como: “no comparto su punto” y mejor se salía.

Ana Sophía: Con lo de ética médica era así como de, o sea, era una fiesta con la maestra, fue la misma maestra, pero ahí como era una fiesta, y luego veíamos las acciones y, por ejemplo, desde ese semestre nosotros tocábamos el tema del aborto, o sea, tan controversial, pero desde el punto de vista médico, o sea, no tanto como social y legal y no todo lo que implica, así como médicos qué es lo que implica, y digo, esa maestra se cerraba y tomábamos la materia más a broma, más a chiste, porque la señora hacía berrinche enfrente de nosotros, que porque éramos doctores y tenemos que defender la vida sí o sí, en cualquier situación y pues siento que luego también que esas acciones hacen que se pierda la importancia de la materia, ¿no?

Fig. 2

La frustración de la que hablan las y los entrevistados no es provocada intencionalmente por la institución, y puede que responda a tendencias científicas que afecten el rigor, la pertinencia y la calidad de las clases que tienen relación o cercanía con las ciencias sociales, lo que se adecuaría sin problema al modelo médico hegemónico.

B. Adopción de las jerarquías del gremio médico:

Durante las entrevistas a menudo se hacía referencia a los procesos en los que las y los estudiantes se acostumbraban a lo que sería su vida en la práctica profesional, y una de las cualidades referidas para ello era la capacidad de someterse a los superiores. Debido a esto, la humillación, una emoción que resulta del ejercicio de poder de unos sobre otros, resulta ideal para imponer y aleccionar acerca de las jerarquías tanto de la academia como del ambiente clínico. Es claro, además, que esta cualidad no se expresa mediante los medios oficiales de la currícula formal, pues, al contrario, esta requiere trato digno, respetuoso y colaboración entre pares.

Humillación /Miedo: La humillación, a menudo referida por los estudiantes como una emoción antecedida o acompañada por el miedo o temor, suele ser una herramienta para formar al estudiantado de medicina en lo que respecta al mantenimiento y reproducción de las jerarquías clínicas y académicas. La humillación a la que se somete a las y los alumnos sirve para enseñar el valor de la autoridad, para demostrar la exclusividad de la formación médica y para ir aclimatando al estudiantado para lo que viene en las residencias y el servicio social, una especie de “si no duele no sirve” (Fig. 3).

Leonardo: De hecho, me tocó con una maestra de Anatomía que se enojó, mi profesora, porque una amiga, de hecho, compañera, sacó nueve en su examen, de hecho, sacó un diez, entonces mi profesora se enojó con ella, de hecho, ya se odian a muerte, por así decirlo... por esa razón, porque mi compañera decía, tipo, “o sea, yo saqué diez, lo hice muy bien”. A lo mejor fue en línea, pero sí tiene mucho mérito sacar diez en su carrera, ¿no?, entonces Anatomía, es muy difícil, y mi maestra se puso en plan de “en mi materia nadie saca diez”.

Ana Luisa: Sí, una vez una niña, al principio de, o sea, a las siete de la mañana teníamos esto, pero pues ya para ese tiempo estábamos todos desvelados y muertos (ríe) y me acuerdo mucho que la niña le preguntó algo a la maestra, se le veía la cara de desvelada, o sea, le preguntó algo a la maestra y la maestra: “cómo no te vas a saber esto y sabe qué” y así, diciéndole enfrente de todos: “esto es muy básico, ya te lo debiste de haber aprendido”, no, pues la niña se agarró a llorar y se fue corriendo al baño

Regina: los profesores que eran muy tóxicos, que les gustaba humillar, regañar, que les gustaba... yo decía: yo no quiero eso. O médicos que nos tocó ver en las rotaciones clínicas, que eran bien groseros con sus pacientes o te dabas cuenta que estaban haciendo el trabajo por hacerlo, por sacar la chamba rápido y que no saben nada.

Ana Sophía: yo llegué mucho con el miedo al internado de, de que en el internado eres lo peor, o sea eres lo más bajo de la cadena alimenticia, entonces llegas con esta actitud medio sumisa, de no voy a ni siquiera voltear a verlos a los ojos porque ellos son los doctores y yo sólo soy el gato [...] todos los traumas son como, se ven como cavernícolas, porque literalmente hasta caminan en manada, y algo que la verdad yo llegué mucho con el miedo al internado de que en el internado eres lo peor, o sea eres lo más bajo de la cadena alimenticia, entonces llegas con esta actitud medio sumisa, de no voy a ni siquiera voltear a verlos a los ojos porque ellos son los doctores y yo sólo soy el gato.

Fig. 3

En el caso de Leonardo, Ana Luisa y Regina (Fig. 4), los tres coinciden en que las materias, a pesar de ser del área de ciencias básicas, la exigencia de parte del profesorado, aunada a la propia competencia generada entre las y los mismos estudiantes, a menudo provocaba sentimientos de humillación y estrés; por otro lado, Horacio, Ana Paola y Ana Sophía coinciden en que los superiores, tanto en clínica como en las aulas, las autoridades como el Decano o los superiores de internado adoptan un rol intimidante que modifica su forma de actuar.

Ana Sophía: En la Universidad hubo una situación en la cual llegó el que era el Decano en ese entonces, llegó a nuestro salón, así de la nada, o sea, de repente un lunes a las siete de la mañana llega el decano del centro de Ciencias de la Salud y el decano de Ciencias Básicas a decirnos que teníamos que quejarnos, que era nuestro momento, que no iba a haber represalias contra nosotros, y todos así bien sacados de onda, que no sé qué, y fue así como “yo soy su Decano y si ustedes no hacen lo que yo quiera, pero me los voy a ver en Cardio” y no sé qué, y empiezan con estas situaciones como medio de amenaza y meterte miedo de que tienes que hacer lo que ellos digan [...] muchos no nos atrevíamos a hablar para decir que la situación que estaba pasando no era nada malo, o sea que no teníamos ningún problema, pero ellos a fuerza querían que nosotros dijéramos que había problema con eso.

Horacio: aquí en la carrera hay este estigma de que los adscritos y los doctores siempre son bien gachos porque con ellos fueron bien gachos y así va a estar la cadena, pues es algo ahí que está como cultural.

Ana Paola: Sí. Yo creo que sí fue la materia (Anatomía) donde más me humillaron, sobre todo por parte de la doctora, de mis compañeros no, pero de la doctora que nos daba la clase sí, como que era su hobby humillar a los que, a lo mejor no era nuestro fuerte tanta memoria, o sea, porque eso no es tanto de saber si no más de memorizarse a lo tonto cosas que a lo mejor un doctor muy bueno ya ni se acuerda de eso; entonces sí era como, enfrente de todos me preguntaba: “a ver (tronando los dedos), dime todos los músculos del brazo” y pues obviamente te pones nerviosa porque te está preguntando nada más a ti, enfrente de todos.

Fig. 4

En el caso de Leonardo, estudiante de segundo semestre, dijo no sentirse humillado ni haberla percibido entre sus compañeros, aunque admitió que quizá se debiera a las clases a distancia a las que orilló el covid, y mencionó que tal vez en clases presenciales sería distinto (Fig. 5).

Leonardo: Humillado no, de hecho, no, a lo mejor, yo creo que se daría un poquito más en un sistema más presencial, pero lo que es en línea, te conectas, te desconectas, te conectas al examen, realmente no creo que se haga la oportunidad de que se presente ese tipo de caso.

Fig. 5

C. Neutralidad afectiva: La neutralidad afectiva, una especie de estoicismo laico, es quizá la cualidad más mentada por la población entrevistada; esta se refiere a la capacidad para reprimir, administrar, regular, ocultar o mostrar determinadas emociones en situaciones distintas, para poder mostrarse como profesional médico.

La declaración de Regina (Fig.6), una de las entrevistadas recién egresadas, se refiere a la administración emocional como una cualidad necesaria: “como médico, podemos sentir todas las emociones, como cualquier profesión, tal vez sería más bien ser una persona que tenga la capacidad de regular sus emociones”. Otra declaración de Froylán, uno de los entrevistados, también recién egresado, menciona: “porque también eso es como la imagen que te dibujan al principio de la carrera: una persona que no puede llorar, que no puede tener sentimientos, inclusive, o sea, que tienes que ser frío”.

Ahora bien, durante las entrevistas se mentaron emociones como la ira o enojo, la compasión, la frustración, la tristeza y la alegría y, sobre ellas se aludía la necesidad de hacer esfuerzos especiales para manifestarlas. Este tipo de esfuerzos parecen aprenderse en distintos contextos, pero que parece asumirse con relativa facilidad por las y los estudiantes de medicina.

En las siguientes citas observamos que las y los entrevistados se refieren a la regulación de distintas emociones: Ana Paola menciona que la compasión no debe mostrarse en el trato con sus pacientes, pues “no es un spa”; Ana Sophía menciona que expresiones como el llanto tenían que ser contenidas al tratar con las y los pacientes, de igual manera, la entrevistada hace referencia a las actitudes de sorna ante el pánico que mostró una de sus compañeras al practicar la canalización: por su parte, Horacio, Regina y Froylán aluden a la frustración como una emoción que también hay que soportar o regular, aunque ante

distintas situaciones: por impotencia al no poder resolver el problema de algún paciente, por no soportar la guardia, o porque el sistema de salud no cumple los estándares de atención que idealmente se requerirían. Entre los mismos entrevistados, tanto Froylán como Ana Sophía y Regina expresan de forma directa que se les enseña que el médico debe ser frío y desapegado, casi inmutable, para poder dar un buen servicio.

Ana Paola: Pues yo no sé, con los pacientes no era así tan que no se dieran cuenta lo que siento, yo sí era como más “ay, pobrecito” y así, pero los doctores me regañaban que fuera yo así, me decían: “esto no es un spa, trátalos así”, pero no era algo que a mí me gustaba, tratarlos neutralmente, no me sentía cómoda porque, pues, yo he estado del otro lado y a mí no me gusta que me traten como si fuera, no sé, un objeto o algo así.

Ana Sophía: Pues la verdad es que la medicina se nos ha inculcado, como estudiantes, así de que nosotros no podemos llorar, pues más que nada a que no podemos mostrar nuestras emociones frente a los pacientes [...] es importante que nosotros los alumnos sepamos regular las emociones, porque la verdad es que hemos visto que muchos de nosotros tenemos problemas mentales, entonces, todos con problemas mentales y sin saber regular emociones, es un relajo la universidad, la verdad.

Ana Sophía: Ah, de que de repente, practicábamos lo de canalizarnos o así entre nosotros y... hay una compañera que le dan, o sea, está estudiando medicina, pero le dan pánico las agujas y es de temblar, ponerse pálida, llorar [...] todos los que estábamos viendo estábamos a risa y risa, ella estaba acá, llorando y poniéndose toda en estado de estrés y de pánico y de crisis [...]Entonces ahí sí llegaron todos los doctores y nos regañaron en general, ¿no? “Es su compañera, ustedes le tienen confianza y se están burlando, pero si fuera otra persona, no deberían de estar haciéndolo, o sea, no manchen, a cualquier otra persona, si le tiene pánico a la agujas, si ven que ustedes se están burlando de ellos, pues va a ser peor”.

Ana Sophía: no tanto como que nosotros tengamos que suprimir emociones, sino saber cómo controlarnos, porque a final de cuentas pues nosotros somos los que vamos a llenar certificados, vamos a estar allí al pie del cañón con los pacientes, y pues tenemos que saber tener como esta regulación emocional, más que nada, para poder afrontar el problema y solucionarlo, ¿no?, sobre todo, porque si no, no sé, yo lo he visto ahorita en área de urgencias, así de, si llega un paciente que está a punto de morir y yo entro en crisis y me pongo toda nerviosa, ansiosa, y me dan ganas de llorar, pues la verdad es que el problema no se solucionó, y de qué serví yo como médico, absolutamente para nada.

Horacio: Mi primera vez que fui al hospital fue para una guardia; y pues la primera vez sí fue mucho asombro. La situación, el ambiente, ver a los pacientes, pues sí me conmocionó bastante, inclusive me desmayé y ya la doctora me dejó ahí descansando porque sí, no sé, fue mucho impacto [...] luego ya mi familia ya le dio risa que “de que mijo la primera vez que va al hospital y le pasa eso”

Froylán: No, de hecho, yo creo que en general la carrera de medicina no tiene mucho que ver con sentimientos, a menos no hasta que toques fondo. Ese es el punto cabrón, porque yo ahorita te podría decir “ya lo hecho”, “ya lo he exteriorizado”, “me sentí mal de esto”, pero hasta que ya te fue muy mal, pero en toda la carrera nunca recibí esa clase de apoyo.

Froylán: De hecho, eso, puta, esa parte cómo me caga, porque siempre, me acuerdo, estábamos tratando de ayudar a las personas, porque hay formas de hacer. Te frustras y me acuerdo que llegaba con el jefe de servicio y me decía “así son las cosas, ¡aguántese!”

Regina: ser consciente de que habrá algunas cosas que no vas a poder controlar del todo en el aspecto de la salud y que vas a tener pacientes que van a mejorar y otros que no van a mejorar, que son crónicos y claro que ver ese tipo de situaciones, te hacen sentir cosas, te puedes sentir triste, enojado, frustrado, pero también es que sepas aceptar que no todo va a estar en tus manos y que sepas regular esas emociones y sin llegar al grado que te afecte mucho emocionalmente.

Regina: pues mira más bien es algo como una forma ya muy automatizada de todos los médicos de ser muy fríos, no como tal que me hubieran dicho: no expreses tal emoción; más bien que cuando nosotros, por ejemplo, rotábamos al hospital a ver a los pacientes, siempre el jefe, el maestro con el que estábamos, tenía una actitud muy seria con el paciente, entonces tú también aprendes que tú también tienes que ser así.

(Fig. 6)

Enojo: La demostración del enojo se legitima de forma moral y sociocultural. En la comunidad médica, en particular, obedece a ciertas reglas. Durante las entrevistas surgieron varias situaciones, algunas referidas a la relación médico-paciente (Fig. 7), específicamente al respecto del trato con pacientes “difíciles” o con miembros del personal clínico como enfermeras, enfermeros o colegas médicos.

Ana Paola afirma que, en cualquier momento, al médico, se le permite sentir enojo y demostrarlo en forma de dureza y seriedad frente a un paciente que no ha seguido al pie de la letra sus instrucciones; en otra ocasión, Ana Paola menciona que tuvo que aprender a regular su enojo ante un niño difícil de tratar, pues se quejaba mucho, además de que su madre mostraba su preocupación sugiriendo que la estudiante no sabía lo suficiente como para tratar a su hijo; por su parte, Ana Sophía describe el mecanismo que ella tiene para regular la ira.

Ana Paola: Siento que a un doctor, en cualquier momento se le permite sentir enojo [...] que el doctor vaya y le diga al paciente a lo mejor, sí con un tono elevado, tal vez no con groserías, pero sí con un tono elevado: “a ver, yo te dije que te bañarás tres veces al día, te lavaste nada más una, no es mi culpa si te vas a enfermar entonces”; cosas así, o sea, sí como un tono elevado, como que un poquito de agresividad, siento que eso como es más permitido, tal vez ya groserías y eso no, pero sí ese tipo de regaños.

Ana Paola: Una vez también, de un niño descalabrado, iba con su mamá que estaba embarazada, la mamá, y como era un niño pues tenía que pasar la mamá con el niño, pero era un niño, ash, muy desesperante: “¡ay qué me vas a hacer, ay no, me duele!”, pero de esas veces que ni lo tocas todavía y ya está gritando; y la mamá peor que el niño: “ay, no, no sabes ¿verdad?, tú no sabes, llámale a un doctor porque tú no sabes lo estás lastimando” y que no sé qué;

ahí si tuve que contenerme muchísimo, porque yo tenía ganas de decirle: “señora, neta sálgase, o sea de verdad sálgase, está haciendo que el niño se ponga más loco de lo que ya está” y todo, pero como de aaaaiiñ, ese sí fue un momento en el que tuve que retenerme

Ana Sophía: Yo digo que es más que nada como regular la ira, encontrar como estos momentos en los cuáles no se está abordando el problema de manera correcta, y canalizar la ira hacia alguna como parte asertiva [...] a mí me ha tocado pelearme por... por diferentes situaciones, bueno no pelearme,[...] yo busco la manera de encontrar como este punto en el cual estoy súper enojada pero me voy a comportar como persona civilizada y voy a pelear para defender lo que yo sé que están haciendo mal, pero sin tratar de llegar a este punto en el que me vea como agresiva o a punto de pelear...

Fig. 7

En el caso de las relaciones entre personal clínico (Fig. 8) se refería a la dificultad del trabajo con el resto del personal clínico, pero en el caso de Froylán, uno de los entrevistados, este expresó que escuchar gritos como manifestación de enojo es lo más común en los hospitales, asegurando que sería un doctor o doctora quien estaría gritando, dando a entender que la autoridad del gremio médico permite que la ira se demuestre con gritos, es decir, de forma más agresiva. En ambos casos, la administración emocional es requerida para que dicha emoción se manifieste de distinta forma según la situación lo requiera, pues la molestia se puede manifestar, por ejemplo, ante un paciente “difícil” o “agresivo”, o ante un colega que no cumple determinadas expectativas.

Ana Luisa: Entonces, en ese maestro en particular, las clases en línea fueron las que nos permitió sacarlo porque sacamos sus clases y ya fue como de, o sea, alguien que vea cualquiera de sus clases va a decir como “¡en serio estaba enseñando esto... y por años!”, entonces sí, y también, bueno, por ejemplo, estaba hablando de esto, también con una compañera de brigadas, y decía “ah, es que yo sí sentí triste porque sí estaba fuera de lugar su clase, pero, o sea, cuando avanzas y en los semestres más arriba hay peores (RÍE), o sea, si no cambias ni siquiera a los que están “mejores”, o sea, ¿cómo esperas que quite a los demás?, o sea, no sé, se me hace bien raro cómo piensan bien diferente.

Horacio: Yo creo que, por ejemplo, poniéndolo en la sala de urgencias que, entre colegas, que un colega o un estudiante no está poniendo atención o no está cumpliendo, así ya dígame estudiante, interno o lo que sea, yo creo que ahí, pues mostrar cierto enojo hace que dé el mensaje de que, oye sabes qué, pues tienes que echarle ganas porque esto es una circunstancia vital, sobre todo en urgencias que... es vital, vaya. [...] y también pues yo creo que en el aula a la hora de ir aprendiendo, tanto pues el maestro si de plano el grupo no está poniendo atención, pues también debe notar esa situación, yo creo que es válido o también entre, del alumno al profesor, si pasa una situación que no está gustando también expresar esto, inclusive, te digo, cierto tono de enojó también está bien, obviamente sin pasar a los insultos, sin pasar a algo más grave o algo, a una agresión física

Ana Sophía: Me he peleado con los de banco de sangre porque no me quieren cruzar a los pacientes o me dicen que no es horario [...] Yo dije, hombre, a ustedes les pagan por sólo un turno, yo estoy aquí treinta y seis horas, y no me

ando quejando por venir a la una de la mañana por un paquete. Entonces sí me ha pasado como eso de que me enojo y es así como “los odio, los voy a matar, malditos”, pero, no sé, tengo que saber esa parte para no llegar a gritarles y decirles “malditos, pásenme mi sangre, o cosas así, ¿no?”

Ana Sophía: Una vez, es como de esos momentos en las que tienes que modificar esta sensación de ira y odio ante los doctores y dejarlos trabajar y ser felices [...] alguna vez en práctica clínica donde a mí me dio muchísimas ganas de gritarle a la doctora porque llegó una niña, creo que tenía cinco o seis años [...]. Yo dije: “pos’ ta chiquita”, pero la manera en la cual la doctora la agarró y la sometió, a mí me dio muchísimo coraje, o sea, y fue como de esas veces en las cuales me dieron ganas de decirle, “doctora, no manche, qué le pasa, es un niño” y en ese momento pues sí, yo me acuerdo que estaba bien enojada y mis compañeros sí voltearon a verme así como “tranquila, o sea, relájate, relájate” y ya después fue así como ok, está bien, tenía que agarrar a la niña de tal manera, pues para poder lograr inyectarla y poderle curar la heridita, pero no, yo me acuerdo que en el momento sí me dieron tantas ganas de odiar y de gritarle a la doctora.

Froylán: Yo personalmente no lo hago, pero se ve muchísimo. Puedes ver médicos encabronados siempre. Se escucha, de hecho, yo creo que vas a un hospital y puedes escuchar a un cabrón gritando y seguro es doctor.

Froylán: Yo creo que esa fue como en quinto semestre, estuvo fuerte, me peleé con el médico que no lo quiso tratar, porque me dijo: “no, no lo vamos a tratar”, y yo: “¿cómo que no lo vamos a tratar?” “es que no tiene derechohabencia”, y yo: “eso qué tiene qué ver, no tiene que ser así” y ya, otra situación de ese tipo... bueno, la verdad es que esa vez, vamos a clínica dos tres horas, entonces estuve ese ratito, me enfrenté esa situación, me enojé, la verdad ya no le di seguimiento, sólo me quedé con muy mal sabor de boca. Después, hígole, yo creo que sí lo normalizas, porque he visto muchas situaciones, no sé, mil, probablemente muy cerca y sí lo normalizas bastante.

Regina: en urgencias me ha tocado ver muchas pacientes que llegan por depresión y por ansiedad, están al borde de la crisis, me han tocado muchas mujeres que han sido víctimas de violación y sobre todo muchas pacientes que tienen historia de abuso sexual por parte de su papá, entonces, cuando te describen esto, las ves llorando y te cuentan que nadie hizo nada y que estuvo mucho tiempo así y tú ves al paciente sufriendo, entonces eso ahorita es algo que me cuesta mucho trabajo lidiar con mis emociones, porque de cierta forma, me llevo a contagiarse de la emoción que ellas sienten, entonces me siento triste, enojada, de que les haya pasado eso y pues un wey les jodió la vida y está bien difícil que salgan de ahí, entonces, yo sé que no puedo simpatizar tanto, con ellas, porque siempre tienes que marcar una línea, entre entender al otro, entender su sufrimiento, pero tampoco sin que lo adoptes como tuyo. Ahí es donde tengo que disminuir o regular mis emociones, sino me voy a poner a llorar ahí con ellas, entonces, en esas situaciones, es en las que yo tengo que cambiar mi forma de sentir, para poder hablar con ellas.

Fig. 8

En el caso de Regina, ella cuenta que el enojo que siente, acompañado de tristeza y frustración por no poder hacer nada, se debe a la compasión o empatía que siente al ponerse en los zapatos de las mujeres que sufren violencia, pero es de resaltar que su expresión de empatía debe ser limitada pues “siempre tienes que marcar una línea”.

Frustración: La frustración o sentimiento de insatisfacción o fracaso es una emoción que atraviesa el requerimiento de neutralidad afectiva exigida por el currículo formal (Fig. 9). En el caso de Regina, ella habla de la frustración como una emoción consecuencia del enojo o coraje al darse cuenta de que, si no se puede cambiar una situación, lo mejor es aprender “que no puedes estar enojado todo el tiempo”. También Froylán comenta que le cuesta enfrentarse por primera vez al “mundo real” al no poder atender a alguien que no tenía derechohabencia y que se ve obligado por sus superiores y sus compañeros a aguantar su indignación, incluso, coincidiendo con Regina comenta que actualmente entiende y está de acuerdo con ello, es decir, que es necesario saber administrar la frustración para adaptarse al funcionamiento del sistema de salud.

Regina: Esto del enojo es más con el sistema, por ejemplo, que no hay medicamentos suficientes; tienes que batallar mucho para hacer algo que no tendría por qué ser tan complicado, pero se vuelve complicado por el sistema de salud. Entonces ese tipo de cosas frustran y dan coraje, entonces sí, creo que es normal que sientas ese tipo de coraje, pero pues ni modo; si no lo puedes cambiar, pues ya es como si estás enojado un rato, pero eventualmente aprendes a que no puedes estar enojado todo el día por eso.

Froylán: Llegué al hospital Tercer Milenio, estaba en urgencias y era una rotación, no me acuerdo de qué materia, pero llegué y me enfrenté a la situación donde estaba una persona en condición de calle, pues un vagabundo como tal, y se le estaba negando el servicio de una situación que se podía resolver. [...] realmente era muy impactante para mí enfrentarme, por primera vez al mundo real [...] Me sentía muy impotente [...] es como que no se puede cambiar esto. Así pasa mucho, ya ahorita, en retrospectiva creo que les doy un poco la razón porque no podemos ayudar a todos, pero al menos, desde el punto de vista personal pues sí me da mucha frustración tener que estar peleando por estas situaciones.

Fig.9

Compasión/Empatía: La compasión es una emoción públicamente aceptada en la currícula formal del estudiante de medicina. Todos los entrevistados mencionan la empatía o la compasión como una cualidad necesaria para convertirse en médico (Fig. 10); sin embargo, su regulación sucede a través de la currícula informal, sobre todo en lo que se refiere a la cualidad de la neutralidad afectiva que en este apartado nos ocupa.

Definida como “el sentimiento que nos vincula con los semejantes, que lleva a compadecerse de los que sufren, así como a alegrarse de su buena suerte”(Camps, 2011, p. 131), a decir de las y los entrevistados lo ideal para un médico es que no se muestre demasiado compasivo; lo anterior convierte a la compasión en una emoción complicada de manifestar, pues en el entorno clínico no

siempre es bien recibida si se confunde la expresión de esta con la lástima o como una forma de hacer menos el sufrimiento o dolor que atraviesan las y los pacientes.

En este caso, Leonardo menciona que menciona que la compasión hay que darla a quien la merece, aunque luego se corrige y asevera que es importante mostrarla con “una persona enferma” o un colega estudiante; por su parte, Ana Paola y Horacio expresan que la compasión es absolutamente necesaria, sobre todo para mejorar el trato y el tipo de atención “al ponerse en los zapatos” de la gente que atienden, ya sea al considerar que están sufriendo o que tal vez su situación económica no les permita llevar un tratamiento adecuado; Ana Sophía cuenta que durante clínica también se puede corregir el ejercicio de la compasión de forma positiva, al referirse a un caso en el que una compañera suya fue reprendida por manejar bruscamente a una persona con problemas hepáticos; finalmente, Regina asevera que la compasión es fomentada constantemente por sus superiores, pero relaciona esta emoción con el “sacrificio” que se le exige a los profesionales de la medicina y el estigma de dureza que la preparación en este rubro se solicita en pos de la vocación médica.

Leonardo: Compasión, a lo mejor con quien, con quien merezca la compasión, no, a lo mejor una persona enferma, o a lo mejor un propio colega que a lo mejor no pueda tanto con la carrera, que necesite un poco de tu ayuda, siento que siempre es muy importante eso, si buscan tu ayuda, pues lo mejor que puedes hacer es ofrecer esa ayuda

Ana Paola: Pues yo considero que sí se debería manifestar siempre, esté muy grave o no el paciente.

Horacio: Yo creo que también es muy permisible en el sentido de ponerse en el papel del paciente y de saber que, pues, está sufriendo en mayor o menor medida. Inclusive, pues hay padecimientos en que el doctor dice “no, pues ¿eso qué?”, ¿verdad?, pero pues, también saber que se viven las cosas diferentes, así que ser compasivos en ese sentido, en el aula, inclusive a nivel de estudiante, pues uno también ser compasivo. [...] Siempre ser empáticos, saber que es un ser humano y no estás tratando una enfermedad, estás tratando a un paciente, inclusive yendo a, pues más allá del aspecto biológico, irte a distintas determinantes, y creo que, pues eso es lo que hace un médico de calidad, porque, por ejemplo, si solamente dices, “no pues, ocupa este medicamento” y se lo recetas y el medicamento está súper costoso y no ves por otras alternativas;

Ana Sophía: me acuerdo, creo que tenía falla hepática o algo así, tenía un problema en el hígado; y pues, obviamente, le dolía la panza al paciente, ¿no?, y a mi compañera que le tocó explorarlo (porque muchas veces eran así como son cinco, no voy a someter al paciente a que cinco personas le estén tocando donde saben que le duele) sí le dijeron así como, pues siempre es como, apachúrrale, o sea dale con ganas, vamos a ver si de verdad le duele, y pues, esta compañera sí le apachurró con ganas, el paciente, obviamente gritó de dolor de manera horrible, y pues sí la regañaron. En el hospital no se puede estar tranquilo cuando eres médico.

Regina: Te decía que sí, yo creo que sí se nos fomenta mucho practicar la compasión, porque siempre nos enseñan que esta carrera es de sacrificio y es para ayudar al otro. Sacrificar tu tiempo, vida privada, tus noches de sueño, a lo mejor que no comas, por ayudar a otra persona.

Fig. 10

Según las y los entrevistados (Fig. 11), inferimos que la administración de esta emoción es compleja y está sujeta a patrones de neutralidad afectiva difíciles de estandarizar. Ana Sophía expresa que dejarse llevar por las emociones paralizaría el correcto desempeño del profesional médico; lo mismo expresa Foylán; ambos hablan de momentos difíciles en los que al compadecerse sentirían la misma tristeza de quienes enfrentan un diagnóstico difícil o acompañan a alguien que lo hace. Ana Paola, por su parte, está consciente de que la forma de mostrar compasión puede ocasionar problemas si se lleva demasiado lejos al usar apelativos cariñosos o extremar el contacto físico, pues el paciente se puede sentir incómodo. En este mismo sentido, Ana Paola también menciona que la muestra de su compasión, al tratar con cuidado a un paciente, también debe ser regulada, pues uno de sus maestros, durante la práctica clínica, la regaña por ser demasiado suave al momento de manipular una herida.

Ana Paola: en cierto grado sí se debe de cuidar, porque luego hay pacientes que pueden malinterpretar que tú los trates bonito y pueden decir “ay”, que se sienten como acosados o no sé. Un doctor tiene una anécdota de que estaba con una paciente, la estaba revisando y al final esa paciente sintió que la estaba acosando sexualmente, [...] lo demandaron y demás, entonces, sí como que se debe de cuidar no llegar a decir, no sé, decirles sobrenombres como “mi amor” o cosas así que a lo mejor pueden malinterpretarse, o tal vez no tener más contacto físico del que deberías, pero en sí el sentir compasión debe ser en todo momento o en toda circunstancia.

Ana Paola: Un día estaba haciendo una sutura a una persona, creo que se había descalabrado, entonces yo le estaba así, haciendo la sutura y le tienes que quitar, primero, como que la sangre y limpiarlo con jabón y todo, entonces yo le estaba, así la gacita le estaba haciendo como que así (*hace un gesto de suavidad con la mano*), y al doctor que estaba viendo lo que yo estaba haciendo, se enojó conmigo y me dijo “no, así, así hazle” (*golpea con fuerza el borde de la mesa como si fuera el cuerpo de la persona que estaba suturando*).

Ana Sophía: Nos llegó un paciente, igual en Gastro, que llegó por dolor abdominal, nosotros así de “ay, sí señora, cuántos focos tiene en su casa” y bien felices y todo shalalí, shalalá, mientras le preguntábamos cosas, y de repente el doctor nos hace señas de “córtenle” o sea están demasiado felices [...] y fue así de “mire señora, su caso no es de nosotros, porque tiene cáncer, entonces yo como gastro no lo voy a ver, la bola que tiene en el estómago o toda la bola abdominal, o sea, ya no tiene sistema digestivo, es cáncer, entonces nosotros no la vamos a ver”, y ese momento en el cual nosotros es como, tratar de empatizar un poquito con el paciente y no seguir así de “ay, jijiji, jajaja, no pasa nada, usted sigue súper bien, pero dígame, cuántos de esos focos prende en el día”, ¿no? pues sí son esas situaciones

en las cuales, pues tienes que mantenerte como al [...] creo que en esas situaciones es donde aprendemos estas habilidades de cómo tratar este tipo de temas, sin llegar a esta parte de vernos como fríos.

Froylán: Cualquier situación culera de la vida de alguien más, la tienes que ver de una manera muy diferente conforme te vas adquiriendo las herramientas para ayudarlos, y bueno, para ayudarlos dentro de lo que cabe, todo eso, realmente, es algo que vas adquiriéndolo viendo, realmente sí es un poco complicado porque no hay una clase donde te diga: “así tienes que ser”, pero, por ejemplo, hay situaciones que marcan la vida.

Fig. 11

El fomento de la compasión concuerda con el perfil de ingreso y egreso del currículo formal, pues este exige “actitud de servicio” y “sensibilidad a las necesidades del entorno”, aunque las actividades mediante las que se transmite el mensaje concerniente a estas actitudes suelen ser informales o durante prácticas clínicas (en el caso de los estudiantes de cuarto semestre en adelante).

Tristeza/Depresión: La tristeza va muy de la mano con otras emociones como la frustración, la compasión, la humillación y otros sentimientos que ya hemos tratado anteriormente. Relacionada también con conceptos como hastío, depresión, aburrimiento, ansiedad, melancolía, es definida como la desgana que impide actuar, “cuyas causas –físicas, sociales, psíquicas, morales- no siempre son precisas” (Camps, 2011, p. 238).

Consecuentemente, la tristeza salió a colación en las entrevistas, de formas varias y a menudo relacionada con la depresión, mentada así por las y los entrevistados. La más común fue como una reacción ante la presión académica o momentos de fracaso, pero también se aludieron situaciones de muerte durante sus prácticas o servicio en hospital, sobre todo en las entrevistas a estudiantes de cuarto semestre en adelante.

Como he mencionado en otras ocasiones, al encontrarse todavía en su etapa de formación, algunas de las cualidades exigidas tanto por la currícula formal como por la informal se acotan a la experiencia de estudiante, de tal manera que también la neutralidad afectiva se aprende y se experimenta al respecto del fracaso académico o al enfrentamiento con autoridades de la institución educativa en cuestión; sin embargo, no faltan las anécdotas que sobre las experiencias clínicas.

En las siguientes citas Ana Sophía, Froylán y Ana Paola (Fig. 12) mencionan que al dar noticias de gravedad o de muerte no deben expresar tristeza y preocupación, sino sólo seriedad. Ambos

mencionan que hay que “canalizar” el sentimiento o expresarlo en lugares donde nadie los vea, como el baño.

Ana Sophía: Creo que, algo que nos dicen es que cuando se muere un paciente no lloremos enfrente de él [...]no puedes llorar cuando le digas a los familiares, pero te das la vuelta, te metes al baño y lloras en el baño todo lo que quieras [...] te dicen desde primer semestre, “si se te muere alguien, cuando estés con esas personas, no lloras, agarras tus cosas y te vas al baño a llorar” [...] Algo que una doctora nos decía, así como “va a haber días muy buenos, va a haber días muy malos a lo largo de toda su vida y especialmente en la carrera, o sea, desde que están como estudiantes” [...] Entonces en cuanto a mostrar tristeza creo que sí está un tanto limitado ese sentimiento, o así como, “canalicenlo para otras cosas” ¿no?, pero bueno, para mí que la tristeza es llorar sí es como, agarra tus cosas y lloras adonde no te vea la gente.

Froylán: Puedes sentir tristeza por alguien [...]puedes darle la noticia de usted tiene esto, tienes que modular la voz, y tienes que poner la cara, o sea, no se lo vas a decir feliz, y decirle que es una noticia triste y más o menos decir que estamos en la misma sintonía, ¿no?, pero también, o sea, un médico nunca puede verse triste.

Ana Paola: Pues es que, por ejemplo, también nos lo dicen los doctores, los maestros, como que no tenemos que, o sea, como que no se tienen que dar cuenta qué emociones tenemos, sobre todo entre paciente y doctor, por ejemplo, si ese paciente ya sabes que está muy grave tú tienes que estar como que normal, y aunque esté muy grave tienes que tener una cara de que no pasa nada y así, o sea, sobre ese sentido siento que sí.

Fig. 12

Vale la pena resaltar también, que las demandas de neutralidad afectiva por parte de las y los profesores, durante las experiencias clínicas, se dirigen, en su mayoría a las estudiantes mujeres, tanto en el caso, como en el caso de Ana Paola en el caso de la compasión (Fig. 11), las indicaciones que recibe Ana Sophía con las indicaciones que le dan sobre dónde y en qué momento llorar (Fig 12), coincidiendo con lo señalado por Gunilla Rinsberg, Petra Verdonk y Megan E. L. Brown (2020; 2009; 2008), acerca de las diferencias de trato y el riesgo que corren las mujeres en el entorno médico tanto universitario como clínico.

D. Competencia entre colegas: A pesar de que el currículo formal requiere la cooperación y el trabajo en equipo, el entorno académico de los estudiantes de medicina no deja de recalcar la competencia y el individualismo que, a través de la envidia, se promueve entre los mismos alumnos; sobre dicha competencia, se advierte que esta se encarnizará cuando se conviertan en adscritos, residentes o francos especialistas.

Los siguientes casos, por ejemplo, de este tipo de mensajes transmitidos por distintos portadores como maestros, administrativos y pares de estudio, se suceden en actividades tan distintas como la práctica clínica, la clase o la búsqueda de información en bibliotecas. También, en uno de los casos, se advierte la competencia que impide la cooperación en casos que necesiten el común acuerdo para hacer frente a problemáticas comunes del estudiantado.

Envidia: La envidia es una emoción que contrasta con las expectativas de trabajo en equipo y compañerismo que el currículo formal solicita explícitamente. Los portadores de estos mensajes son el profesorado, personal administrativo y estudiantes de semestres superiores que fomentan cierta rivalidad entre los mismos estudiantes. Este producto está fuertemente relacionado con los mensajes de competencia identificados anteriormente y, a decir de las personas entrevistadas se transmiten desde los primeros semestres y se intensifican en la experiencia clínica.

Leonardo: Creo que las primeras clases presenciales que tuve, un doctor nos comentó eso: “ahorita son amigos, después van a ser enemigos, vayan preparándose” [...] Me han comentado a veces, algunos estudiantes de mayores grados que a veces mucho se daba que hay personas que agarran los libros de la biblioteca y se los quedan para que otros estudiantes no estudien y no pasen, de hecho.

Ana Luisa: Bueno tal vez como que no traten de pensar que saben todo, eso es muy importante porque, bueno algo muy común, en los hospitales, por ejemplo, bueno en la misma escuela. Le dices a un doctor que otro doctor te dijo algo y te dicen: “no eso no es cierto, yo te estoy diciendo que es esto”; entonces es como, el hecho de que se crean superiores a todos los demás

Horacio: Exacto. En mi salón la verdad no está tan marcado. Muy ligerito, pero sí he visto en otros salones de mi generación que sí es un caso como de, pues, no pasarse los trabajos para que le vaya bien a otra persona, pero, o no explicarle de, es que yo sé esto, pero arréglatelas tú.

Ana Sophía: Sí, es que mi grupo era, este, así de, en el momento, “sí, sí, sí, vamos a hacer y vamos a quejarnos y vamos a ir, y bla bla bla” y ya cuando hacíamos el documento formal y era así como: “hay que firmar todos”, de repente era, “ay no, yo no quiero problemas y yo no voy a firmar”, “ay, yo no y yo no quiero firmar”, y “yo nunca estuve de acuerdo” y era así como, o sea, al principio sí, todos quejándose y estaban dispuestos a pelear, y a la mera hora, yo creo que fue así, la mitad se echaron para atrás, entonces, sí, sí llega a haber como muchos problemas de ese tipo de que en el momento supuestamente todo el salón está unido y todos vamos a juntarnos a trabajar, pero la realidad es otra, o sea, creo que dentro de la misma competitividad de la carrera, sí llega un punto en el cual, está feo que desde la carrera, o sea, estando en formación, te pongas en el plan de sólo voy a ver por mí, mí, mí, y nada más en mí, y es como, o sea, sí es una competencia, pero no es como ganar y matar a todos los demás y pisotear a la gente, pero

muchos tienen esa idea, entonces, por eso nunca, o difícilmente podríamos generar algo para cambiar una situación o algo así.

Regina: pues en el salón de clases, como, por ejemplo, te das cuenta de que todos están muy pendientes de cómo le va a los demás; si a alguien le empieza a ir mejor, luego la gente está hablando mal de otras personas, hay mucha envidia también, entonces son cosas que, con el día al día, te vas dando cuenta que están y que la verdad es una tontería, pero como que el ambiente se presta mucho a que todos quieren ser el mejor.

Fig. 13

E. Buena relación médico-paciente y entre colegas: La buena relación entre colegas y con las y los pacientes que son tratados por el personal médico, es una premisa de la currícula formal, sin embargo, existen emociones que se fomentan de manera informal bien para apoyar o para perjudicar este elemento curricular. En este caso, nos enfocamos en las emociones positivas como el humor y la admiración, pues ya hemos abundado al respecto de emociones que perjudican este elemento desde otras premisas curriculares como la adopción de jerarquías del gremio médico, con la humillación; y la competencia entre colegas con la envidia.

Humor: Se resalta el rol del humor como un elemento de la currícula informal porque el perfil del médico esboza una persona seria, inmutable y estoica, sin embargo, en el entorno clínico y entre los estudiantes mismos, se utiliza el humor como mecanismo de distensión y código de confianza entre pares. Si bien es cierto que en la relación médico paciente suele ser escaso, no es imposible que se presente.

El humor es una de las emociones que se legitiman de manera sociocultural y moral, por lo que dependen en gran medida del contexto, muestra de ello son las siguientes citas que delimitan de forma precisa las situaciones en las que se da la broma o chiste de forma permitida y las situaciones en las que no se permite.

Ana Luisa expresa que es una forma de socialización que fomenta el aprendizaje en conjunto; Ana Paola, por su parte, expresa que también es una emoción que se socializa mucho entre sus compañeros y compañeras estudiantes, pero especifica que con las y los pacientes es necesario aprender a marcar una línea y volver a ser “Paola, la doctora”, como si hacer bromas o chistes, desplazara momentáneamente su rol; Froylán, al igual que Regina, también comenta que el humor es algo que, preferiblemente debe suceder entre colegas, y afirma que un mecanismo para expresar el humor son los memes.

Ana Luisa: Más que nada, yo siento, que reflejamos en los chistes como para aprender. Como que usamos las bromas como método de estudio, por ejemplo, porque me acuerdo mucho como que, en presenciales, acababa una clase, y ya todo mundo haciendo chistes sobre lo que acabábamos de ver, pero yo siento que es como una manera de reforzarlo, más que nada. Y ya después es como “¿te acuerdas del chiste?, ah sí, por eso pasan estas cosas”

Ana Paloa: Pues a lo mejor entre doctor y paciente no se da mucho eso de las bromas, pero entre nosotros sí, pero sí, entre paciente doctor siento que no quedaría [...] Y esto de las bromas, el sentido del humor, cómo lo has sentido ahora que estudias medicina, digo entre colegas y con los pacientes, siempre en el marco de la profesión. Obviamente te ríes porque eres una persona, pero cuando entras en el papel de ahora soy Paola la Doctora...

Froylán: Como persona también es excelente, sólo lo he visto bromear, así de compas, pero con una persona que es de su generación, que de hecho es rarísimo, la imagen que te evoca ver al doctor Valdivia y el doctor Aguayo albureándose... es como de “wey, ¿qué pedo?” [...] se estaban echando albur, así intenso, de “tragas”, no sé, cosas así, pero amigos de toda la vida, del Marista, cosas así, pero sí en general, te digo, fue mi maestro, y realmente, si me preguntas quién es un médico profesional, yo diría: él.

Froylán: Un chingo, a madres de memes y depende mucho en qué momento estés cursando, el tipo de chistes que vas a estar viendo. Yo me acuerdo mucho, sigo mucho a una cuenta de Facebook que se llama Mr. Doctor, que yo creo que ese güey ha de tener mi edad, porque todas las cosas que yo estuve viviendo, yo lo agregué como a la mitad de la carrera, y todo lo que yo estaba viviendo él publicaba memes sobre eso: o sea, memes de exámenes, memes de profesores culeros, memes de...

Regina: yo creo que sí hay humor en medicina, a veces son muchos chistes internos, inclusive burlas entre las propias especialidades, así que dicen, por ejemplo, que el traumatólogo vaya por sus caguamas y por su cemento, porque dicen que es como, lo mismo a un albañil. Qué más pues, por ejemplo, de los cirujanos que dicen que son pirujanos y que siempre tienen esposa, amante; como que hacemos chistes de nosotros mismo que luego sí tienen a veces un poco de razón. [...] yo creo que sí, no sabría específicamente decirte qué tipo de humor, pues más seria y no bromea, pero creo que sí existe el humor y luego pues son muchas bromas del ámbito médico. Así como, no sé, por ejemplo, está súper mal, para un resfriado común, que des antibiótico, luego hacen mucha burla a los médicos que recetan antibióticos sin una evidencia de una infección bacteriana... los chistes son hacia nosotros mismos, de nuestras ex(inaudible)... como errores que se hacen cotidianamente.

(Fig. 14)

Admiración: La admiración es una especie de contraparte de la envidia. La RAE define el verbo “admirar” como “ver, contemplar o considerar con estima o agrado especiales a alguien o algo que llaman la atención por cualidades juzgadas como extraordinarias”. Ahora bien, las personas y las cualidades que llaman la atención de los estudiantes son, generalmente, maestros, maestras, y en ocasiones estudiantes de semestres superiores, que representan el perfil del profesional médico que

desean alcanzar, por lo que la admiración resulta una emoción que promueve el aprendizaje de lo que para las y los estudiantes resulta importante.

Se menciona la admiración como una emoción que se promueve mediante el currículo informal, porque no es un elemento que se promueva explícitamente en alguna de las clases o mediante alguna actividad estandarizada; por el contrario, la admiración es una emoción que se fomenta entre los estudiantes y que expresaron durante las entrevistas al preguntarles si tienen un modelo a seguir que les ayude definir lo que es, para ellos y ellas, el perfil médico ideal.

Horacio: Exacto, hay que ver las circunstancias de cada quien, y yo creo que eso es lo más importante, de no generalizar y siempre saber que hay personas [...] La segunda persona sería el doctor Rafael Salazar, él apenas me dio clases este semestre para Urgencias. Él también es muy empático, pero bueno también, en parte su forma de ser, muy aliviado y siento que, pues hace ver como que el médico sí es un ser humano porque hace chistes y, bueno hace ver la medicina muy práctica en ese sentido, porque siempre busca como, lo mejor para las personas. En su área de Urgencias si es como: “a ver, si tienen esto, no se la compliquen, siempre busquen el bien del paciente; si tienen, por ejemplo, a un paciente diabético que tiene su cetoacidosis o un estado hiperosmolar, pues no se compliquen, traten de solucionarlo y simplemente los dos se tratan igual, si para los dos se da lo mismo, pues ya.

Ana Paola: Por ejemplo, un doctor de Nefrología de este semestre. Lo admiré mucho en sus clases porque tiene mucha preparación. Nos ha contado de todos los estudios que lleva, lleva también maestrías, doctorados de varias cosas, entonces eso como que se me hace bien de su parte, además cuando habla de su tema lo domina muy bien, se nota que le gusta enseñar, y a veces también nos habla de sus pacientes y también se le ve como su lado humano, no sólo ver a las personas como una enfermedad, sino pues verlas como son, unas personas o unos pacientes y eso es lo que me ha gustado de ese doctor en particular.

Ana Sophía: Definitivamente sí, tanto en el perfil, bueno los tres perfiles que para mí puedo desarrollar con la carrera en cuanto a perfil docente, de investigación o ya médico, ¿no?, sí hay uno, no sé si quizá lo llegó a conocer, al Dr. Jaramillo, de morfo, definitivamente es como, él y la doctora Eva Salinas de inmunología, o sea, son como estas personas que, no dedicadas al área médica como tal, sino a la parte docente, que definitivamente dan como ganas de ser como ellos y decir, quiero llegar a tener algo suyo, o sea, saben dar clase, les apasiona estar aquí, y te apasionan por la materia.

Ana Luisa: Yo creo que, es raro, es como si fuera muy transparente, pero a la vez sabe poner límites. Es muy transparente con su trabajo, es a lo que me quiero referir. Es muy organizada, se le nota la disciplina en todos lados y, pues no sé, siento que es muy capaz. Es lo que me gusta de ella, es lo que admiro.

Leonardo: siento que un buen médico sería el doctor era Urzúa [...] es muy interesante, me caía muy bien como profesor, de hecho, es un amor de persona, el primer día quedé encantado con su clase, [...] lo conocí, de hecho, me parece un excelente doctor y una excelente persona [...] nos caía muy bien, de hecho, o sea, como que su imagen te

da como una sensación de calma, como que es un personaje muy tierno, no es alguien imponente sino como alguien en quien puedes confiar, entonces me gusta esa aura que da él, al menos la que nos dio a nosotros en la materia.

(Fig. 15)

Vale la pena resaltar que casi todas las cualidades que provocan admiración tienen que ver con la el rigor académico y profesional, pero también con la facilidad de trato, la empatía y la suavidad de carácter, cualidades, estas últimas, que parecen contradecir el perfil estoico, frío y distante que luego se inculca, sobre todo durante las prácticas clínicas.



Capítulo 6 - Conclusiones

Hallazgos principales, límites y alcances de la investigación.

Las reglas emocionales del estudiante de medicina apuntan a consolidar un perfil deseado del profesional médico que en ocasiones se corresponde con el perfil del currículo formal de la Licenciatura de Médico Cirujano, expresado en sus documentos oficiales y en sus programas de estudios, donde se sugiere que la formación ideal sus estudiantes requieren la empatía, el compañerismo, los hábitos de vida saludables, el respeto por sus semejantes, el sentido ético y moral, así como la capacidad para establecer exitosamente relaciones interpersonales, trabajo en equipo, espíritu de servicio y sensibilidad ante necesidades del entorno.

Por otro lado, insumos, productos y resultados expresados por las y los entrevistados dejan ver una enseñanza velada, o bien, reglas emocionales pertenecientes a un currículum informal que se transmite de manera no explícita por maestros, pares estudiantiles y autoridades clínicas y académicas que fomentan un aprendizaje diametralmente opuesto a lo expresado por el currículo formal ya mencionado y que promueve la explotación de la envidia, la humillación y el miedo como herramientas de aprendizaje de otras reglas, comportamientos y actitudes de los futuros galenos.

Es posible que la neutralidad afectiva que se les exige a los estudiantes de medicina durante su periodo de formación, sobre todo en lo que respecta al trato con las y los pacientes resulte positivo para llevar a cabo sus responsabilidades, pero, por otro lado, promueve comportamientos de sumisión y hábitos poco saludables tanto individuales como sociales, relacionados con la expresión del enojo, la tristeza y la frustración en relación con sus superiores tanto del ámbito universitario como en el entorno clínico.

Esta neutralidad afectiva, aunque se fomenta de forma general, parece ser más insidiosa en el caso del estudiantado femenino, pues se les corrije más la expresión de la tristeza y la compasión, aunque esto también puede tener su origen en el hecho de que la población masculina, en general, es socializada de formas en que se les exige menos expresión de emociones por el hecho de ser varones, desde ámbitos anteriores a la formación médica.

A medida que los estudiantes avanzan en la facultad de medicina, se les asigna una responsabilidad cada vez mayor. También resulta notable que la construcción social del prestigio del médico que comienza a adoptarse desde que son aceptados, al menos, en la institución educativa que nos ocupa (la Universidad Autónoma de Aguascalientes), que parece coincidir con lo que registran otras publicaciones acerca del desarrollo emocional y la formación identitaria del médico en ciernes a

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

través de prácticas del currículo informal y oculto (Castro, 2014; Cruess & Cruess, 2014; Ewen et al., 2012; Helmich et al., 2012, 2014; Hurwitz et al., 2013; Lozano, 2019; M et al., 2006); por otro lado, la regulación emocional que exigen ciertas profesiones, en este caso la del profesional médico, y la disonancia que se produce a causa de dicha regulación coincide con estudios sobre profesionalización de corte similar (Bericat Alastuey, 2000; Billings et al., 2011; Francis et al., 1999; Hochschild, 1992, 2003, 2007; Kahn & Hochschild, 2003).

Esta investigación genera un precedente y retoma un modelo de análisis que puede probarse y corregirse aún más, una vez que las condiciones pandémicas permitan un trabajo de campo más extenso; de igual manera, estos resultados pueden afianzarse o denegarse usando metodologías tanto cualitativas como cuantitativas basadas en teorías fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la emoción, la enseñanza, el aprendizaje y el profesionalismo.

Una limitante de esta investigación se debe a la escasa cantidad de personas entrevistadas, entre otros los retos provocados por la pandemia de la COVID 19, como la imposibilidad de utilizar la observación participante como método de recolección de datos, o el cambio radical en la experiencia de las y los estudiantes de primer semestre, que, en el tiempo que se llevó a cabo la investigación, nunca asistieron a las aulas de forma presencial, lo que modificó radicalmente sus vivencias como estudiantes de medicina.

Sin embargo, conceptualizar las habilidades o acciones de los estudiantes de medicina para lidiar con las emociones a través de la administración emocional y el estudio de la currícula oculta, ofrece un enfoque interactivo y dinámico, lo que ofrece oportunidades para la intervención en los programas de estudio y las dinámicas de enseñanza-aprendizaje.

Tener una idea de cómo los estudiantes intentan resolver las tensiones que experimentan durante sus primeros años de estudio y sus primeras experiencias en un entorno clínico tanto con pacientes como con colegas y demás trabajadores del campo de la salud, podría ser útil en la supervisión y el apoyo de las y los estudiantes de medicina. Se necesita investigación adicional para desarrollar un mejor modelo de investigación, un modelo más incluyente. La socialización profesional y emocional continua en la práctica médica es un proceso complejo que debe ponderar diferentes factores personales y sociales, así como distintas prácticas sociales.

Bibliografía

- Aguascalientes, U. A. de. (2019). *Boletín - UAA logra acreditación internacional en la Licenciatura de Médico Cirujano*. <https://www.uaa.mx/portal/noticias/uaa-logra-acreditacion-internacional-en-la-licenciatura-de-medico-cirujano/>
- Anderson, N., Boatright, D., & Reisman, A. (2020). Blackface in White Space: Using Admissions to Address Racism in Medical Education. *Journal of General Internal Medicine*, 35(10), 3060–3062. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06079-4>
- Ángel, P. M., & Patricia, G. S. (2016). Nivel de depresión entre estudiantes de Enfermería y Nutrición en una universidad pública de Aguascalientes. *Lux Médica, Septiembre*(34), 53–62.
- Batemburg, V. (1995). The ideal physician: medical students' image of the profession. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 139, 1177–1181.
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1992). *Boys in white: student culture in medical school*. The University of Chicago Press.
- Bergmann, C., Muth, T., & Loerbroks, A. (2019). Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life : a qualitative study. *Medical Education*, 24, 1–11.
- Bericat Alastuey, E. (2000). La sociología de la emoción y la emoción en la sociología. *Papers. Revista de Sociologia*, 62, 145. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v62n0.1070>
- Billings, M. E., Lazarus, M. E., Wenrich, M., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2011). The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism. *Journal of Graduate Medical Education*, 3(4), 503–510. <https://doi.org/10.4300/jgme-d-11-00044.1>
- Bolton, S. C. (2001). Changing faces : nurses as emotional jugglers. *Sociology of Health and Illness*, 23(1), 85–100.
- Bourdieu, P. (1998). *La Dominacion Masculina*. Anagrama.
[papers3://publication/uuid/3582A2DF-4979-49F2-9F8F-816542BA78DA](https://publicacion/uuid/3582A2DF-4979-49F2-9F8F-816542BA78DA)
- Bradby, H. (2012). *Medicine , Health and Society*. Sage
- Brown, A., Jauregui, J., Ilgen, J. S., & Riddell, J. (2020). Does the Medium Matter ? Evaluating the Depth of Reflective Writing by Medical Students on Social Media Compared to the Traditional Private Essay Using the REFLECT Rubric. *Western Journal of Emergency Medicine*, 21(January). <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.11.44263>

- Brown, M. E. L., Hunt, G. E. G., Hughes, F., & Finn, G. M. (2020). Too male, too pale, too stale: A qualitative exploration of student experiences of gender bias within medical education. *BMJ Open*, *10*(8), 1–14. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039092>
- Buber, R. (2001). *La Etnografía. Método, Campo y la reflexividad*. Norma.
http://eva.fcs.edu.uy/pluginfile.php/45450/mod_resource/content/1/7-Guber Rosana - La Etnografia.PDF
- Camps, V. (2011). *El gobierno de las emociones* (M. Cruz (ed.); 1º). Herder.
- Castro, R. (2014). Gender norms and the development of the medical habitus in the years of medical schooling and residency. *Salud Colectiva*, *10*(3), 339–351.
<https://doi.org/10.18294/sc.2014.397>
- Charon, R. (2006). Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. In *Annals of Internal Medicine* (Vol. 146, Issue 2). <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-2-200701160-00021>
- Chiang, L. (1986). *Is Our Understanding of the Hidden Curriculum Hidden From Us?* ERIC Clearinghouse.
- Cornbleth, C. (1984). Beyond Hidden curriculum? *Journal of Curriculum Studies*, *16*(1), 29–36.
<https://doi.org/10.1080/0022027840160105>
- Cruess, R. L., & Cruess, S. R. (2014). Professionalism, professional identity, and the Hidden Curriculum. In F. W. Hafferty & J. F. O'Donnell (Eds.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (pp. 171–181). Dartmouth College Press.
- Daher, Y., Austin, E. T., Munter, B. T., Murphy, L., & Gray, K. (2021). The history of medical education: A commentary on race. *Journal of Osteopathic Medicine*, *121*(2), 163–170.
<https://doi.org/10.1515/jom-2020-0212>
- Draper, C., Louw, G., Draper, C., & Louw, G. (2007). What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career
What is medicine and what is a doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional ca. *Medical Teacher*, *29*, 100–107.
<https://doi.org/10.1080/01421590701481359>
- Durkheim, É. (1895). *Las reglas del método sociológico*. Fondo de cultura económica.
- Elena, R. M., & Macías, P. (2014). Prevalencia de depresión en estudiantes de algunas carreras del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. *Lux Médica*, *52*(940), 15–19.

- Esquerda, M., Yuguero, O., Vi, J., & Pifarré, J. (2016). La empatía médica , ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria*, 48(1), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>
- Ewen, S., Mazel, O., & Knoche, D. (2012). Exposing the hidden curriculum influencing medical education on the health of indigenous people in Australia and New Zealand: The role of the critical reflection tool. *Academic Medicine*, 87(2), 200–205. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31823fd777>
- Foucault, M. (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Francis, L. E. (2006). Handbook of the Sociology of Emotions. In J. E. Stets & J. H. Turner (Eds.), *Handbooks of Sociology and Social Research* (pp. 591–606). Springer.
- Francis, L. E., Monahan, K., & Berger, C. (1999). A laughing matter? The uses of humor in medical interactions. *Motivation Nd Emotion*, 23(2), 155–174. <https://doi.org/10.1023/A>
- Fredrich, V. C. R., Coelho, I. C. M., & Sanches, L. da C. (2022). Desvelando o racismo na escola médica: experiência e enfrentamento do racismo pelos estudantes negros na graduação em Medicina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, 1–14. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs421>
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica*. Homos Sociologicus/ ediciones península.
- Gabe, J., Bury, M., & Elston, M. A. (2006). Key Concepts in Medical Sociology. In *Health Sociology Review* (Vol. 15, Issue 2). Sage Publications. <https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.2.233>
- Giroux, H., & Purpel, D. (1983). The Hidden Curriculum and Moral Education. In *Mr Cutchan Publishing Corporation*. Mr Cutchan Publishing Corporation.
- Goffman, E. (1959). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu editores.
- Gómez-Dantés, O., & Julio, F. (2019). Crónica de un siglo de salud pública en México.pdf. *Salud Pública de Méixico*, 61(2), 202–2011. <https://doi.org/https://doi.org/10.21149/10122>
- González Alonso, M., & Kraftchenko Beoto, O. (2003). La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. *Educación Médica Superior*, 17(1), 38–45.
- Guevara, L. C. P. L. de. (2010). *El sexo de la ciencia* (J. P. Editor (ed.)). Universidad Autónoma de Nayarit.

- Guy, C. (1969). *La medicina impugnada. La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista*. Eitorial Laia.
- Hafferty, F. W. (1988). Cadaver Stories and the Emotional Socialization of Medical Students. *Journal of Health and Social Behavior*, 29(4), 344–356.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond Curriculum Reform_ Confronting Medicine’s Hidden Curriculum. In *Academic Medicine* (Vol. 73, Issue 4, pp. 403–407).
- Hafferty, F. W., & Franks, R. (1994). The Hidden Curriculum, ethics teaching, and the structure of Medical Education. *Academic Medicine*, 69(11), 861–871.
<https://doi.org/10.1097/00001888-199411000-00001>
- Hafferty, F. W., & Levinson, D. (2008). Moving beyond nostalgia and motives: Towards a complexity science view of medical professionalism. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 599–615.
- Haidet, P., & Teal, C. R. (2014). Organizing Chaos. In J. F. O’Donnell & F. W. Hafferty (Eds.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (pp. 84–95). Dartmouth College Press.
- Helmich, E., Bolhuis, S., Dornan, T., Laan, R., & Koopmans, R. (2012). Entering medical practice for the very first time : emotional talk , meaning and identity development. *Medical Education*, 46, 1074–1086. <https://doi.org/10.1111/medu.12019>
- Helmich, E., Bolhuis, S., & Laan, R. (2014). Medical students ’ emotional development in early clinical experience : a model. *Adv in Health Sci Educ*, 19, 347–359.
<https://doi.org/10.1007/s10459-013-9477-1>
- Hochschild, A. R. (1992). Ideology and Emotion Managment: A perspective and path for future research. In T. D. Kemper (Ed.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions. Contemporary Sociology* (pp. 117–144). State University of New York Press.
<https://doi.org/10.2307/2076311>
- Hochschild, A. R. (2003). *The Managed Heart: The Commercialization Human of Feeling*. University of California Press.
- Hochschild, A. R. (2007). The Sociology of feeling and emotion: Selected possibilities. *Social Inquiry*, 45(2–3).
- Hochschild, A. R. (2013). *So How’s the Family? and other essays*. University Press of California.

- Horton, S., Abadía, C., Mulligan, J., & Thompson, J. J. (2014). Critical Anthropology of Global Health “Takes a Stand” Statement: A Critical Medical Anthropological Approach to the U.S.’s Affordable Care Act. *Medical Anthropology Quarterly*, 28(1), 1–22.
<https://doi.org/10.1111/maq.12065>
- Hurwitz, S., Kelly, B., Powis, D., Smyth, R., Lewin, T., Hurwitz, S., Kelly, B., Powis, D., Smyth, R., Lewin, T., Hurwitz, S., Kelly, B., Powis, D., Smyth, R., & Lewin, T. (2013). The desirable qualities of future doctors – A study of medical student perceptions The desirable qualities of future doctors – A study of medical student perceptions. *Medical Teacher*, 35(7), e1332–e1339. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2013.770130>
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica*. Seix Barral Editores.
- Illich, I. (1985). *La sociedad desescolarizada*-. Joaquin Mortiz.
- Kahn, K., & Hochschild, A. R. (2003). The Care DeficitThe Commercialization of Intimate Life: Notes from Home and Work. *The Women’s Review of Books*, 21(2), 12.
<https://doi.org/10.2307/4024296>
- Kleinman, A., & Eisenberg, L. (1981). *The relevance of social science for medicine*. Reidel Publishing Company.
- Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students’ perceptions of teaching. *British Medical Journal*, 329(7469), 767–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7469.770>
- Llera, G. Á., Virginia, C., Meza, S., Garza, B. P., Martínez-gonzález, A., & Mayer, M. Z. (2009). Tendencia de la matrícula femenina en la educación superior. Un cuarto de siglo. El caso de la carrera de medicina. *Revista de La Facultad de Medicina (México)*, 49(004), 151–155.
- López-Arellano, O., & Jarillo-Soto, E. C. (2017). La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cadernos de Saude Publica*, 33. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087416>
- Lozano, M. V. (2019). “Somos médicos, no dioses” *Una etnografía filosófica de la deshumanización de la medicina*.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as culture_ Illness, disease and the body in wester society* (First). SAGE Pulications.
- M, D. G.-H., V, F. N., I, P. V., M, S. A., A, M. H., R, R. G., L, L. S., & C, Á. B. (2006). Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil de médico

- esperado. *Revista Médica de Chile*, 133, 947–954.
- Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R. S. (2001). The Inner Life of Physicians and Care of the Seriously Ill. *Journal of the American Medical Association*, 286(23), 3007–3014.
- Menéndez, E. L. (1994). Le enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71–83.
- Merton, R. K., Reader, G. G., & Kendall, P. L. (1957). *The Student-Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*. Harvard University Press.
- Narro, J. (2004). La herencia de Flexner. Las ciencias básicas, el hospital, el laboratorio, la comunidad. *Gaceta Médica*, 140(1), 52–55.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000100009&lng=es&nrm=iso
- O’Brien, M. (1994). The managed heart revisited : health and social control. *The Sociological Review*, 42, 394–413.
- O’Donnell, J. F., Stern, D. T., Hundert, E. M., Hodges, B. D., Kuper, A., Taylor, J. S., Wendland, C., Wear, D., Zarconi, J., Garden, R., Lempp, H., Cribb, A., Haidet, P., Teal, C. R., Mrtimianakis, M. A., McNaughton, N., Rutberg, P. C., Gaufer, E. H., Balmer, D., ... Hafferty, F. W. (2014). *The Hidden Curriculum in health professional education* (F. W. Hafferty & J. F. O’Donnell (eds.)). Dartmouth College Press.
- Obando, F. S., & Amado, E. D. (2007). La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*, 13(1), 107–113.
- Olesen, V., & Bone, D. (1998). Emotions in rationalizing organizations: Conceptual notes from professional nursing in the USA. In G. Bendelow & S. J. Williams (Eds.), *Emotions in social life. Critical Themes and Contemporary Issues* (pp. 313–329). Routledge.
- Parsons, T. (1951). The Social System. In *Routledge sociology classics*. Routledge.
<https://doi.org/10.4159/harvard.9780674493155.c3>
- Peña, X. A. L. de la. (2018). *Historia de la medicina en Aguascalientes*. Universidad Autónoma de Aguascalientes.
- Pink, S., Horst, H., Postill, J., Hjorth, L., Lewis, T., & Tacchi, J. (2016). *Etnografía digital. Principios y prácticas*. Morata.
- Portelli, J. P. (1993). Exposing the hidden curriculum. *Journal of Curriculum Studies*, 25(4), 343–358. <https://doi.org/10.1080/0022027930250404>

- Risberg, G., Johansson, E. E., & Hamberg, K. (2009). A theoretical model for analysing gender bias in medicine. *International Journal for Equity in Health*, 8(28).
<https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-28>
- Robichaud, A. L. (2003). Healing and feeling: the clinical ontology of emotion. *Bioethics*, 17(1), 59–68.
- Russell, A., & Hochschild, A. R. (1979). Emotion Work , Feeling Rules , and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85(3), 551–575.
- Russell, D., & Ainsworth, S. (2010). World Social Science Report 2010 Knowledge divides. In *World Social Science Report, 2010: Knowledge Divides*.
- Sacristán, A. (1985). En torno al curriculum oculto. *Aldaba: Revista Del Centro Asociado a La UNED de Melilla*, 7, 29–36.
- Saldívar, T., Alejandro, R. C., Robles, R., & Elena, M. (2014). ansiedad y depresión en las estudiantes del último año de medicina de dos universidades de México. *Lux Médica*, 52(449), 13–21.
- Smith, A. C., & Kleinman, S. (1989). Managing Emotions in Medical School : Students ' Contacts with the Living and the Dead. *Social Psychology Quarterly*, 52(1), 56–69.
<https://doi.org/10.2307/2786904>
- Taylor, J. S., & Wendland, C. (2014). The Hidden Curriculum in Medicine's "Culture of no Culture." In J. F. O'Donnell & F. W. Hafferty (Eds.), *The Hidden Curriculum in Health Professional Education* (pp. 53–62). Dartmouth College Press.
- Thomas, S. P. (2003). Anger : The Mismatched Emotion. *Dermatology Nursing*, 15(4), 51–57.
- Tomey, V. (2002). *Abraham flexner, pionero de la educación médica*. 16(2), 156–163.
- Verdonk, P., Benschop, Y. W. M., Haes, H. C. J. d., & Lagro-Janssen, T. L. M. (2008). Fromgender bias to gender awareness in medical education.pdf. *Adv in Health Sci Educ*, 14, 135–152.
- Wilkinson, I., & Kleinman, A. (2016). A Passion for Society. In *A Passion for Society*.
<https://doi.org/10.1525/california/9780520287228.001.0001>
- Zalpa, G. (2019). *Teorías de la acción social y estrategias de intervención del trabajo social* (U. A. de Aguascalientes (ed.); 1º). Universidad Autónoma de Aguascalientes.

