

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

PLANTEL AJUSCO



**“LA CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD PROFESIONAL DEL MÉDICO
RESIDENTE DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: UN ESTUDIO DE CASO EN EL
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA CONSIDERADO HOSPITAL
ESCUELA DURANTE EL PERIODO 2014-2015”**

TESINA

QUE PRESENTA:

MIREYA DE LA ROSA URIBE

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN SOCIOLOGÍA DE LA EDUCACIÓN

DIRECTORA DE TESIS: **DRA. MARÍA ELENA MÚJICA PIÑA**

Ciudad de México, 2016

*Dedicada a María Antonieta, Socorro y Antonio †
por ser el motor y la inspiración de mi vida*

*A Rocío por todo su cariño, apoyo y comprensión
A María Elena por su guía y los ánimos por no desistir*

*Y todos los que directamente e indirectamente me han acompañado
durante este proceso*

Gracias infinitas

Índice

Introducción	1
Capítulo I. Formación médica en los Hospitales Escuela	3
Antecedentes históricos.....	3
1.1. Del Hospital de Jesús al primer Hospital Infantil. Las primeras enseñanzas médicas.....	6
1.2. Del Hospital de Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez al Instituto Nacional de Pediatría.....	11
1.2.1. Instituto Nacional de Pediatría.....	12
1.2.2. La Enseñanza en el Instituto Nacional de Pediatría. Un Hospital Escuela	18
1.3. Servicio de Oncología.....	20
1.4. Formación médica: del Internado a la Residencia Médica.....	23
1.4.1. El examen a la residencia médica.....	26
1.4.2. La Subespecialidad.....	27
1.4.3. Posgrados.....	30
1.5. Residencia médica en Oncología Pediátrica.....	30
Capítulo II. Perspectiva teórica sobre la construcción de la identidad ...	34
2.1. La identidad una mirada desde distintas perspectivas sociológicas....	34
2.2. Panorama teórico sobre la identidad social.....:.....	35
2.2.1. La Perspectiva Macrosocial.....	36
2.2.2. La Perspectiva Microsocial.....::.....	38
2.3. La Configuración Constructivista.....:.....	40
2.4. La identidad Social: La propuesta de Claude Dubar.....	48

2.4.1. La identidad profesional.....	52
2.4.2. La crisis de la identidad profesional.....	55
2.4.3. La identidad profesional del Oncólogo Pediatra.....	58
Capítulo III. Resultados y análisis de los datos obtenidos en la investigación.....	60
3.1. Identidad para sí. Visión de vida y proyección a futuro.....	67
3.2. Identidad para otros. Instituciones y actores.....	75
3.3. Situación identitaria. Relación entre la identidad para sí, los otros y lo profesional.....	79
Conclusión.....	90
Fuentes consultadas	94
Anexos.....	97

Introducción

La identidad social es un elemento principal para la conformación del Yo, ya que permite la distinción del sujeto en el reconocimiento de sus diferencias y similitudes con un grupo social. En este sentido, se forman colectivos de pertenencia que otorgan membresía a los actores y que establecen un punto de la identidad del Yo, del nosotros y del otro.

La identidad debe ser validada por los actores con los que entramos en contacto, es decir, la identidad es productora de las relaciones sociales. Ésta a su vez, se construye y reconstruye con las interacciones sociales que de manera directa o indirecta tenemos a lo largo de la vida.

El estudio de la identidad, puede ser un asunto complejo e interesante desde el punto de vista de la Sociología, sobre todo en un contexto de configuración de sociedades cambiantes, las cuales corresponden a una dinámica de mayor individualización y al mismo tiempo de reconocimiento como parte de un grupo. Bajo este argumento es que el estudio de la identidad profesional de los médicos residentes subespecialistas en instituciones hospitalarias formadores de recursos humanos de alto nivel, en mi opinión se vuelve un tema de interés, al mismo tiempo podría proporcionar elementos para entender el diálogo entre la dinámica social que viven día a día y la construcción o determinación de su identidad profesional.

El estudio de la identidad profesional en médicos residentes es atrayente tomando en cuenta que existen elementos que los podrían definir por sí solos, como el de ser médicos y el prestigio que tienen por su profesión ante la sociedad y que con la elección de una especialidad y posteriormente una subespecialidad sus alcances profesionales e interacciones sociales son otras; y que al mismo tiempo se pone en juego la articulación de elementos subjetivos que tienen que ver con el tipo de institución donde se están preparando y la que esta representa en el medio médico; y la otra objetiva relacionada con la profesión, la vocación y nuevamente el prestigio social.

A lo largo de los tres capítulos que forman la investigación realizada en el Instituto Nacional de Pediatría durante el periodo 2014-2015, se dará cuenta

del contexto histórico en el que deviene la medicina; los procesos de formación de los médicos tanto en la especialidad como en una subespecialidad que es la Oncología Pediátrica. Y lo fundamental, la manera en cómo construyen estos sujetos su identidad profesional en su formación disciplinaria y su práctica en el ramo de la medicina oncológica. Este proceso identitario, se explica con base en los enfoques teóricos que se han ocupado de trabajarlo sociológicamente y desde la subjetividad de los propios sujetos que participaron en la investigación; tiene un carácter cualitativo ya que resulta el indicado para pensar en cuestionamientos que preocupan por el modo en el que los actores comprenden sus actos, su ser mismo y entorno en el que se desenvuelven.

Para dar cuenta de lo anterior, en el capítulo I, se hace una revisión histórica de la medicina, la forma de enseñanza en los primeros hospitales escuela, que conllevan a la formación del médico durante la residencia médica en una institución hospitalaria, en este caso dentro del Instituto Nacional de Pediatría.

El capítulo II, hace una revisión a la teoría y los teóricos con referencia a lo que es la identidad y los elementos que intervienen o son parte de ella. A fin de sustentar la investigación y contrastarla con la realidad. Partiendo de que la identidad constituye un elemento clave en la tejido social.

Por último el capítulo III, muestra los hallazgos de esta investigación teniendo como factor principal los elementos que arroja la entrevista realizada a un número de sujetos que dan cuenta de su trayectoria profesional, sus expectativas de vida y su proyección profesional. A partir de lo que es la identidad para sí, los otros y la relación entre estas dos y lo profesional.

Se intenta que la comprensión del capítulo I y II sea fundamental para la comprensión del capítulo III que es el resultado final de esta investigación, y que muestra un panorama de una micro sociedad determinada por una serie de elementos que la caracteriza.

Capítulo I

La formación médica en los Hospitales Escuela

Antecedentes históricos

La medicina fue una de las primeras ciencias modernas que contó con instituciones y disposiciones legales para su ejercicio y vigilancia.

Los orígenes de la medicina que prevalecieron en occidente durante la Edad Media y parte de la Moderna se sitúan en la isla de Cos, situada al sudoeste de Asia Menor. Se concede el honor a Hipócrates (c. 460-370 a.c), oriundo de Cos, de ser el padre de la medicina. Sin embargo, fue solamente uno de los recopiladores de una serie de tratados médicos que habían sido elaborados antes, durante, e incluso después de su existencia¹. Hipócrates participó en la formación del “Corpus Hippocraticum”, dicho de otra manera, los libros de medicina, los cuales estuvieron compuestos por cerca de sesenta breves tratados médicos, los cuales se utilizaron para la enseñanza de la medicina.

Hacia el siglo II, el médico griego Galeno de Péramo (131-201), comento los tratados hipocráticos, incorporando materiales sobre anatomía, siendo el más importante “De usupartium”; más tarde sus trabajos fueron asimilados e introducidos a Europa por la cultura árabe. El sistema Galeno aportó una síntesis de la concepción de la naturaleza basada en la tradición hipocrática y en las doctrinas presocráticas.²

Posteriormente la escuela de Salerno fue de gran importancia a finales del siglo XI y principios del XIII, ya que los enseñantes de medicina de esta escuela salernitana introdujeron los conocimientos médicos griegos y árabes.

En el mundo médico medieval los saberes anatómicos se basaban principalmente en las especulaciones extraídas de las teorías galenistas. Su enseñanza carecía del método basado en la práctica de la disección del cuerpo

¹Gerardo Martínez. La Medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII. Instituto de Investigaciones Históricas UNAM 2004 pág. 20

² La mayoría de los tratados médicos griegos estuvieron disponibles en lengua latina, gracias a la labor que realizaron los traductores y comentadores árabes. Uno de estos traductores fue HunainibnIshaq (809-873) quien trajo gran cantidad de textos griegos en su mayoría de Galeno.

humano. La resistencia a diseccionar cadáveres se debió al profundo sentimiento religioso que privaba en la época.³

Durante la segunda parte de la Edad Media, el saber médico, estuvo resguardado en las bibliotecas de los monasterios, por lo que, la llamada medicina monástica representó un estancamiento de los saberes médicos. Desaparecieron la anatomía y la fisiología.⁴ El pronóstico quedó reducido sólo a algunos preceptos, en el caso de las universidades la enseñanza se basaba en la lectura de los tratados galénicos, en disecciones animales y ocasionalmente alguna humana. Más tarde hubo centros importantes de enseñanza que se ocuparían profundamente de la enseñanza de estos saberes, entre los cuales se encontraba la Escuela de Salerno y los centros universitarios de Montpellier, Bolonia y Pauda (Italia).

A mediados del siglo XVI en Europa, la medicina española recibió una fuerte influencia de la nueva anatomía Vesaliana⁵, lo que significó que las Universidades ibéricas fueran, de las primeras en Europa, después de las italianas, en fundar cátedras de anatomía y cirugía.

Al momento de la conquista y la colonización de América en 1492, la enseñanza y el ejercicio de la medicina europea registraban algunos cambios derivados principalmente de las reinterpretaciones humanistas de los autores clásicos, de los cambios ideológicos que implicaron los recientes descubrimientos científicos producto de los viajes transoceánicos y, sobre todo, de las disposiciones reales que pretendían reorganizar el sistema social de estas nuevas ciudades.

La ciudad de México fundada en la segunda década del siglo XVI, y con la llegada de los españoles al continente Americano se inicia una etapa nueva en las ciencias médicas; enfrentándose las culturas absolutamente desconocidas entre sí, generaron cambios sociales y culturales de gran importancia y trascendencia.

³ Juan Riera. Historia, medicina y sociedad Pirámide Madrid 1985 pág. 36

⁴ Debido a una cuestión religiosa, donde el cuerpo sin vida era sagrado.

⁵ Andrés Vesalio, fue medico de Carlos V, realizó las primeras disecciones del cuerpo humano, tuvo una firme formación dentro de las corrientes humanistas de Lovaina y París. Su enseñanza rompía con las formas hasta entonces conservadas, su cátedra era junto al cadáver, disecando y señalando las partes del cuerpo a las que se refería.

Al iniciarse la tercera década del siglo XVI surgieron los primeros hospitales, universidades e iglesias, construcciones que fueron base para la obra colonizadora de España. Los primeros hospitales se levantaron cuando la ciudad lacustre estaba transformándose en ciudad terrestre. Muchas edificaciones se fundaron cerca o inmediatas a las cuatro calzadas aztecas principales⁶.

Durante el reinado de los reyes católicos (Isabel de Castilla y Fernando de Aragón) se inició una política de centralización que daba a los monarcas una capacidad mayor de intervención en la vida pública.

Una vez establecidos en el Nuevo Mundo en 1551 se funda la Real y Pontificia Universidad con la finalidad de responder a la necesidad de crear un cuerpo burocrático que coadyuvara a la organización institucional del virreinato. Esta Universidad abrió en 1553 otorgando las primeras cátedras de: prima de teología, artes, de cánones, de decreto, gramática, biblia, instituta, retórica y segunda de gramática. Para 1578 se otorga la primera cátedra de medicina bajo la teoría Hipocrático-Galénica, por lo que en 1582 o 1583 saldría la primera generación de médicos educados en el Nuevo Mundo.

Por lo que a finales del siglo XVII los estudiantes que querían cursar una carrera en medicina en la Universidad tenían que realizar:

3 años en artes más 4 años en medicina para obtener el grado de Bachiller, más 2 años de práctica que la realizaban en un hospital y estaban bajo la custodia de un médico certificado por el Real Tribunal del Protomedicato⁷

Una vez adquirida la experiencia solicitaban al Real Tribunal del Protomedicato un examen de exploración que los certificara como médicos listos para ejercer la profesión.

En el siguiente cuadro (véase cuadro 1) se muestra el número de alumnos que se registraron en la Real y Pontificia Universidad durante los siglos XVI al XVII:

⁶Tlacopan, Coyoacán, Iztapalapa y Tepeyac

⁷Creado en España en el siglo XV, fue un cuerpo técnico, encargado de normar y vigilar el ejercicio de las profesiones sanitarias (médicas, cirujanos y farmacéuticos) así como el ejercer una función docente y atender a la formación de estos profesionales. Se extendió en las colonias en el siglo XVI dentro de los territorios novohispanos.

Cuadro 1. Número de alumnos registrados en la Real y Pontifica Universidad
(1582-1700)

REGISTRO DE MATRICULAS	REGISTROS DE CURSOS	GRADOS DE BACHILLER
1013	996	323

Fuente: Laura Pérez (coord.), "Las cátedras de la Universidad de México. Entre estudiantes y doctores", en De maestros y discípulos. México, Siglos XVI-XIX, México, UNAM-CESU, 1998, pág. 33

1.1. Del Hospital de Jesús al primer Hospital Infantil. Las primeras enseñanzas médicas

Durante la época medieval y moderna los hospitales tuvieron un carácter asistencial más amplio del que tiene hoy en día. Los servicios que ofrecían eran de la más distinta índole: otorgaba hospedaje a peregrinos y a menesterosos, servían como refugio a los enfermos, prestaban auxilio espiritual, daban resguardo a los infectados durante las epidemias, etc.;⁸ con la pretensión de dar respuesta ante los problemas médicos-sociales. En un inicio eran administrados por la iglesia católica, donde se valían de rezos, oraciones y penitencias, buscando así la mejoría física y la felicidad en el más allá. Aun así la mortalidad era elevada y los tratamientos dudosos. Se adquirían infecciones en los establecimientos y la alimentación era pobre, estos hospitales eran lugares en que se encontraba el paso de la enfermedad a la muerte.⁹

En estos centros hospitalarios, los servicios eran proporcionados por médicos, cirujanos, sangradores, herbolarios y miembros de órdenes religiosas. En el caso de la cirugía fue el oficio que mayor cercanía tuvo con la medicina académica, de tal manera que a mediados del siglo XVI en las primeras universidades hispánicas se fundaron cátedras de anatomía y cirugía.

⁸ Gerardo Martínez. Op. Cit. pág. 31

⁹ Guillermo Fajardo. Del hospital de Jesús a Institutos, Centros Médicos y Albergues Historia de los Hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003. Fundación GlaxoSmithkline 2003 pág. 28

Así el primer Hospital de la Ciudad de México es fundado entre 1521 y 1524 por Hernán Cortes¹⁰. Este hospital originalmente se llamó de la Purísima o de Nuestra Señora de la Concepción de María Santísima, en honor de su protectora. Posteriormente y debido a que Cortes tenía el título de Marqués, también se le conoció como el Hospital del Marqués. Se dice también que una indígena rica llamada Petronila Jerónimo, antes de morir, obsequio al establecimiento una imagen de Jesús de Nazareno, identificándose al Hospital a partir de 1663 con la pintura, por lo cual se le llamó Hospital de Jesús, su nombre actual.

Este hospital se estableció en el sitio llamado por los aztecas “Huitzillan”. Ahí se recordaba el primer encuentro entre Moctezuma Xocoyotzin y Hernán Cortes en 1519. El lugar estaba cerca de una fuente que recibía el agua del barrio de Coyoacán. El edificio al parecer quiso ser réplica del que fue el gran hospital de las Cinco Plagas de Sevilla¹¹, por indicaciones de Cortés la planeación del inmueble estuvo a cargo de Pedro Vázquez.

El establecimiento en su origen tenía 50 camas, estaba bajo la dirección de fray Bartolomé de Olmedo que en 1519 llegó al continente americano como capellán de Cortes. En este hospital ejercieron la medicina los primeros médicos facultativos que hubo en la Nueva España: Diego de Pedraza (primer cirujano en la Nueva España) y Pedro López¹² (primer protomédico de la Nueva España nombrado por el ayuntamiento de la Ciudad de México).

Al inicio de sus actividades el Hospital de Jesús, solo admitía pacientes españoles, excepto los peninsulares que presentaban enfermedades crónicas, como las bubosas¹³, dementes, leprosos y con fuego sacro. Los indígenas eran excluidos por lo que tenían que recurrir a otro tipo de médico y medicina, se puede decir que desde entonces, la medicina era elitista.

¹⁰ Este edificio se construye en lo que eran campos de sembradíos, propiedad de Cortes. Ubicado en la Av. 20 de Noviembre, #86, en el Centro de la Ciudad

¹¹ Conocido también como Hospital de la Sangre, actualmente es el edificio del Parlamento de Andalucía, España.

¹² Pedro López fue el segundo médico en la Nueva España, alejado de los intereses corporativos, se dedicó a solventar uno de los problemas de salud más preocupantes que demandaba los sectores sociales más desprotegidos. Para ello decidió invertir su riqueza en la creación de hospitales e instituciones que atendieran a este sector desprotegido. Atendió a los enfermos de lepra en su Hospital de San Lázaro y a los esclavos africanos y mestizos abandonados en su Hospital de los Desamparados.

¹³ Las bubosas, era conocida como una enfermedad crónica producida por la bacteria espiroqueta *treponema pallidum*. Hoy es conocida como una variedad de la sífilis.

En el siglo XVII, la vida religiosa en el hospital era administrada por tres capellanes y un sacristán, del gobierno del nosocomio se ocupaba un contador, un cobrador, un abogado, un escribano y un procurador; en el aspecto clínico se contaba con un médico, un cirujano, un barbero, un sangrador y dos practicantes¹⁴, los servicios generales estaban en manos de un administrador, una cocinera y once esclavos.¹⁵

El Hospital de Jesús fue una de las primeras instituciones de México en la que hubo enseñanza práctica de anatomía humana, considerando como primer maestro a Diego de Pedraza. Se efectuaron los primeros estudios del cuerpo humano en el continente, se realizaron las primeras disecciones para médicos y estudiantes de medicina con el objeto de que conocieran el corazón, el hígado, el estómago, entre otros órganos.¹⁶

Se practicaba la cirugía combinada con la teoría y la práctica en cursos de anatomía, fisiología, operaciones, clínica quirúrgica y elementos de medicina legal. Con un programa de estudios formales, la Cirugía empezaba a considerarse una profesión y no un oficio¹⁷, lo que anunciaba que la medicina y la cirugía se podía combinar en una sola carrera.¹⁸

Durante el siglo XVIII la medicina fue una de las disciplinas que ya sobresalía sobre los principales estudios que la Universidad de México otorgaba, durante 1700-1810 (véase cuadro 2)

¹⁴ Estos practicantes eran aprendices de la anatomía humana.

¹⁵ Jesús Gómez. Breve descripción de la Provincia de México de la Compañía de Jesús, según el estado en que se hallaba el año de 1767. Tesoros documentales de México. Siglo XVIII. Edit. Patria 1994 pág. 125

¹⁶ Guillermo Fajardo. Op. Cit. pág. 32

¹⁷ Durante el siglo XVII la medicina se consideraba una práctica universitaria, mientras la cirugía se consideraba un oficio

¹⁸ Dorothy Tanck. El siglo de las Luces. En Historia mínima. La educación en México. El Colegio de México 2011 pág. 73

Cuadro 2. Profesiones destacadas en la Nueva España

PROFESIÓN	EGRESADOS
Cánones	256
Teología	495
Leyes	37
Medicina	51

Fuente: Salvador Aguirre. El mérito y la estrategia. Clérigos, juristas y médicos en Nueva España, México, Universidad Nacional Autónoma de México 2004 pág. 81

En consecuencia se puede considerar que el Hospital de Jesús fue el primer Hospital Escuela, debido a que se dieron las primeras enseñanzas médicas y de donde surgieron los primeros impresos de la Nueva España y que posteriormente se extenderían por América.¹⁹

A la par de que se da el surgimiento de la medicina en la Nueva España, se vincula el cuidado de los niños, cuando Vasco de Quiroga, quien recibió el calificativo de “Protector del niño indio en América” fundó en 1532 la primera casa de cuna. Más tarde en 1865 la emperatriz Carlota apoyó a la “Casa de los Niños Pobres y de Cuna”. Y en 1905 se reorganizó la casa cuna y se funda el “Hospicio de Niños”, ese mismo año se creó el pabellón de niños en el Hospital General de México, teniendo como objetivo principal buscar una atención más especializada para el niño, ya que antes de esto era tratado como “un adulto chiquito”, donde muchas veces no se reconocían los signos y síntomas que presentaban entre una enfermedad y otra. Para la época post-revolucionaria se integró el Comité Nacional de Protección de la infancia y en 1930 se instauró la Sociedad Mexicana de Pediatría²⁰, dirigido a mejorar la atención medica de los niños.

¹⁹Idem pág. 55

²⁰ La Sociedad Mexicana de Pediatría se creó en 1930, siendo la primera sociedad científica de especialidad médica en el país, sus objetivos la investigación científica de los problemas relacionados con la salud del niño, la enseñanza para los graduados, la divulgación de conocimientos pediátricos y cuidados de higiene infantil y la colaboración con organismos gubernamentales y privados.

En 1933 se inició el primer proyecto de construcción de un Hospital Infantil, donde se atenderían pacientes hasta los 14 años. Para 1943 se inauguró el Hospital Infantil de México siendo el primer hospital dedicado a la atención infantil²¹

Por decreto del Congreso de la Unión en 1943, se consideró al hospital Infantil de México como un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio. Con el objeto social de cumplir tres acciones:

1. *Proporcionar la atención médica necesaria a los niños que lo requieran*
2. *Fortalecer la enseñanza de la pediatría a través de los medios y canales adecuados*
3. *Iniciar la investigación científica de problemas medico sociales de la niñez mexicana*²²

Dando seguimiento al punto número dos de estas acciones, el Hospital adquirió el compromiso de formar y capacitar a todos aquellos profesionistas interesados en el cuidado de los niños. Una vez en funcionamiento el Hospital, ingresaron un grupo de médicos internos para formarse como Pediatras, dicha formación tuvo una duración de 18 meses, sin embargo, profesores y alumnos consideraron que el tiempo era insuficiente por lo que se aumentó a dos años; de esta manera se estableció el primer programa formal de Pediatría en el país el cual se adhiere a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en 1951. Este hospital fue el primero en su especie y bajo la denominación de Hospital Escuela para la formación de profesionales en la salud Pediátrica²³.

En 1945 se eligió como emblema del Hospital Infantil de México al “Ixtlilton”; dios mexica de los niños. Mismo que era el emblema de los mexicas para curar a los niños enfermos.

Esta institución hospitalaria fue pionera en la Salud de la Niñez Mexicana y de la formación de médicos especialistas en el área de la Pediatría, su crecimiento

²¹ El Dr. Federico Gómez Santos fue el primer director de este Hospital hasta 1963. El Dr. Gómez fue un médico militar nacido en Coahuila, quien creó las bases de la Pediatría moderna en México. Poco después de su muerte a principios de los años 80's al Hospital de Infantil de México se le agrego "Dr. Federico Gómez" en honor a la trayectoria de este especialista.

²² Estatus del Hospital Infantil de México.

²³ Actualmente es sede de dos cursos de especialidad en Pediatría y Genética Médica, así como de 20 cursos de subespecialidades pediátricas cuyo plan también se apega al Plan Único de Especialidades Médicas (PUEM) de la Facultad de Medicina de la UNAM

y demanda de atención fue ascendente. En 1957 debido al sismo de ese año, el Hospital sufrió daños considerables y existía peligro de seguir laborando en esas instalaciones, por lo que en 1959 se mudaron al hospital de Maternidad Mundet²⁴. Posterior a este evento existió la promesa de construir un nuevo Hospital al sur de la ciudad.

En 1970, se inauguró el hospital prometido como Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, y aunque no fueron las nuevas instalaciones del Hospital Infantil de México, se creó con la finalidad de “proporcionar la mejor atención médica a la niñez mexicana”²⁵. Por lo que el Hospital Infantil de México, siguió funcionando y proporcionándole al nuevo Hospital los recursos humanos y procedimientos para su funcionamiento.

1.2 Del Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez al Instituto Nacional de Pediatría

Los inicios

El Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez, fue creado como parte del proyecto para dar soluciones a los problemas de salud que la niñez mexicana presentaba en aquella época, también como respuesta a las necesidades de unidades médicas que pudieran liberar la carga de trabajo que el Hospital Infantil de México presentaba, ya que la demanda de atención iba en ascenso.

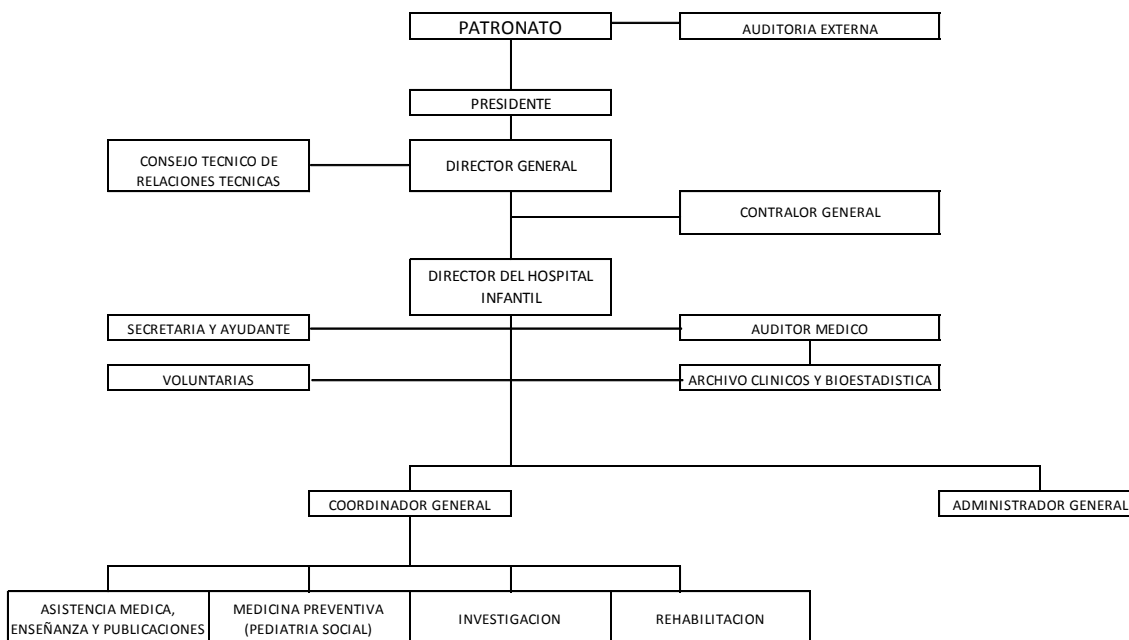
Este Hospital abrió sus puertas el 6 de Noviembre de 1970 durante el gobierno del presidente Gustavo Díaz Ordaz. En un primer momento se llamó Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez de ahí que se le conociera popularmente como IMAN al mismo tiempo se crea la casa cuna y la casa hogar para niñas. Éstos eran dirigidos por un Patronato, un Presidente, un Director General y el Director del Hospital, que fue el Dr. Lázaro Benavides

²⁴ Donde han permanecido hasta la fecha, el HIMFG, está compuesto aun por su primera construcción, el Hospital Mundet y el nuevo edificio que corresponde a la Torre de Cáncer e investigación construida por el Teletón en el 2009. Este complejo es un claro ejemplo de la convivencia entre el pasado y el presente.

²⁵ Palabras del Presidente Díaz Ordaz durante la inauguración 6/11/1970

Vázquez nombrado por el entonces Secretario de Salud Salvador Aceves²⁶ y el Patronato del Hospital, (véase organigrama 1)

Organigrama 1. Organización del Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez en 1970



Fuente: Archivo Histórico del INP 1970

El proyecto de crear esta institución, nació del interés del presidente Díaz Ordaz a través del Arq. Pedro Ramírez Vázquez quien a su vez contactó al Dr. Benavides el cual era subdirector del Hospital Infantil de México. Junto con un grupo de pediatras del Hospital Infantil de México, el Dr. Benavides visitó al Arq. Ramírez con el fin de intercambiar ideas y así poder planear la nueva institución teniendo como referencia el Hospital Infantil de México.²⁷

1.2.1. Instituto Nacional de Pediatría

A finales de los 70's el Gobierno del Presidente Echeverría, venía enfrentando numerosos problemas médicos y sociales que afectaban directamente las

²⁶ Salvador Aceves Parra fue el segundo Secretario de Salud del Presidente Gustavo Díaz Ordaz, en el periodo 1968-1970

²⁷ Cabe mencionar que muchos de los fundadores del Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez fueron en un primer momento personal médico y paramédico del Hospital Infantil de México.

condiciones de vida de los niños y adolescentes del país, en diversas formas como el abandono, la orfandad, la conducta antisocial y enfermedades desconocidas, por lo que decidió crear un organismo público descentralizado; ha este se le denominó Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez. Tendría como objetivos el establecimiento de Hospitales dedicados a los niños, así como de casas de cuna, casa hogar, internados, asilos, es decir, instituciones dedicadas a la atención del menor abandonado, formación de recursos humanos profesionales y técnicos, investigación y coordinación con organismos públicos y privados para apoyo mutuo. Se manejaría por un Patronato, un Presidentes y un Director General.

En diciembre de 1968 se llevó a cabo el XII Congreso Mundial de Pediatría con sede en el país, lo que permitió organizar grupos de médicos en diferentes ramas de la pediatría, consolidando un programa de Pediatría Integral que permitiera la formación de recursos humanos en Pediatría y así fortalecer el programa de formación de médicos especialistas.

Para poder llevar a cabo los programas de asistencia médica, docencia y adiestramiento, investigación, etc., se debía contar con una institución que tuviera las siguientes áreas y que permitiera a la vez el desarrollo de los programas que estos grupos de médicos habían planeado para la formación de recursos humanos de alta especialidad en el campo de la pediatría:

- Unidad hospitalaria con 350 camas y una amplia consulta externa
- Laboratorio de diagnóstico clínico, estudios especiales e investigación de campo
- Aulas de educación pediátrica y de ciencias afines para mantener e impulsar la enseñanza
- Unidad de rehabilitación que abarcara terapia física, ocupacional y recreativa, clínica de lenguaje y facilidades para enseñanza a los padres
- Centro de información y adiestramiento al público con secciones de educación higiénica y orientación nutricional
- Aulas para preescolares de enseñanza primaria y talleres

Con todo lo anterior es que se fortalece el proyecto del nuevo hospital y se crea el Hospital del Niño de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez²⁸.

El Hospital se hecho andar por partes, iniciando el servicio de la consulta externa, el área de urgencia, el laboratorio clínico y el de gabinete radiológico, las salas de hospitalización fueron entrando en acción progresivamente. Mientras, redactaban los manuales de trabajo, se hacían ensayos de atención al público, se seguía con la selección del personal y se pusieron en marcha las actividades docentes con el primer programa de Pediatría siguiendo como patrón el que ya existía en el Hospital Infantil de México.

Para 1971, el Dr. Ramón Galván Jefe de Asistencia y Enseñanza inauguró oficialmente la docencia, haciendo el anuncio a la par del inicio de las residencias médico-quirúrgicas de postgrado y la recepción de dos grupos de estudiantes de medicina para pediatría e infectología, las cuales fueron las primeras especialidades que se iniciaron como parte del programa de formación de recursos humanos.

En los años siguientes, se inició la residencia de la subespecialidad de Terapia Intensiva Pediátrica y se integraban los servicios que manejaban problemas neoplásicos uniendo a los servicios de Radioterapia, Quimioterapia y Cirugía en un sólo servicio de Oncología.

Posteriormente se iniciaron las residencias de las subespecialidades de Cardiología, Hematología, Radiología²⁹, Dermatología y algunas más. A la par se creó el departamento de ediciones médicas que se encargaría de publicar el Acta Pediátrica de México.³⁰

En esta época el programa de Educación Médica Continua generó convenios con instituciones extranjeras³¹ para que un grupo de médicos salieran a estas instituciones para continuar con su preparación. Posteriormente, la Dirección de Servicios Médicos participó en la creación de otros hospitales infantiles en

²⁸ Un elemento característico de la decoración de este Hospital, fueron las pinturas y dibujos que los niños del mundo hicieron por los XIX Juegos Olímpicos efectuados en México en 1968 y que en la actualidad son casi extinguidas

²⁹ Esta subespecialidad se dejó de impartir desde 1998, actualmente se imparte un curso de alta especialidad con duración de un año

³⁰ La primera publicación del Acta Pediátrica se realizó en 1980 con el periodo enero-marzo

³¹ Hospital de Niños de Boston, Hermman Hospital de la Universidad de Texas, entre otros

las ciudades de Saltillo, Coahuila con el “Hospital del Niño Dr. Federico Gómez Santos” y en Cd Victoria, Tamaulipas con el “Hospital infantil de Tamaulipas”, al mismo tiempo que el IMAN enviaba médicos recién egresados y enfermeras que se integraran a estos nuevos proyectos.

1977 fue un año crucial para el Hospital ya que por decreto presidencial se fusionaría el IMAN y el INPI creándose así un nuevo organismo denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF, el cual regiría los nuevos estatutos del hospital, sin dejar de lado que el funcionamiento del IMAN y el INPI seguían directamente a la orden de la primera dama en turno: María Esther Zuno de Echeverría y posteriormente de Carmen Romano de López Portillo.

Posteriormente algunos hospitales se habían reubicado y se constituyeron como Institutos Nacionales como es el caso del Hospital de Nutrición³², Enfermedades Respiratorias³³ y Cardiología³⁴; por lo cual la Sra. Carmen Romano de López Portillo presidenta del DIF y el Lic. Marco Vinicio Martínez Guerrero Director del DIF realizaron la propuesta para que el Hospital del Niño IMAN se transformara en el Instituto Nacional de Pediatría, ya que reunía con todas las características clínicas, de enseñanza, investigación y difusión para funcionar como un centro de referencia Nacional, sin embargo esto no se dio inmediatamente sino varios años después.

Para 1980, el hospital presentaba un panorama desolador generado por el desinterés de las autoridades del DIF, y por la crisis económica que se empezaba a generar en el país. Sin embargo, en el ambiente interno se forjaban una serie de incongruencias y autoritarismo por parte de la primera Sra. Romano, quien tenía gran interés porque su firma apareciera en todos los Diplomas de los egresados de las especialidades y subespecialidades. Hecho que hasta la fecha es poco sabido por la comunidad institucional.

³² El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (INCMN) se inauguró en 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición como parte del Hospital General, en 1970 se reubico en lo que hoy se conoce como la Zona de Hospitales (Tlalpan)

³³ Hospital fundado como Sanatorio para Enfermos Tuberculosos Huipulco creado en 1936, posteriormente en 1959 se le conocería como Hospital para las Enfermedades Pulmonares de Huipulco, hasta que en 1975 se constituye como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

³⁴ El Hospital de Cardiología se creó en 1944, sus inicios fueron como parte del Hospital General, (se ubicaba en la Calzada de la Piedad hoy Av. Cuauhtémoc), posteriormente se reubico en 1976 constituyéndose así como Instituto Nacional de Cardiología (INC), en la Zona de Hospitales (Tlalpan)

Debido al panorama de desinterés en el sistema de la salud principalmente de la niñez, en 1983 el hospital se independiza del DIF, buscando convertirse en un organismo autónomo y que formara parte de los Institutos Nacionales de Salud que se fortalecieron en aquellos años; esto generó que el hospital se convirtiera en el Instituto Nacional de Pediatría dándole así una nueva identidad³⁵.

De 1985 a 1995 se consolidó a nivel nacional e internacional como un Instituto Nacional de Salud que enfocaba sus actividades a la asistencia, docencia e investigación y a la formación de recursos humanos de alta especialidad.

Para finales de 1997 se terminaba una importante remodelación a gran parte de las instalaciones del instituto debido al deterioro del mismo. Se inició el programa de referencia y contrarreferencia³⁶ con el objetivo de atender sólo a pacientes que necesitaran atención de tercer nivel³⁷ y canalizarse a aquellos que podían ser atendidos en otras instituciones de segundo y primer nivel de atención.

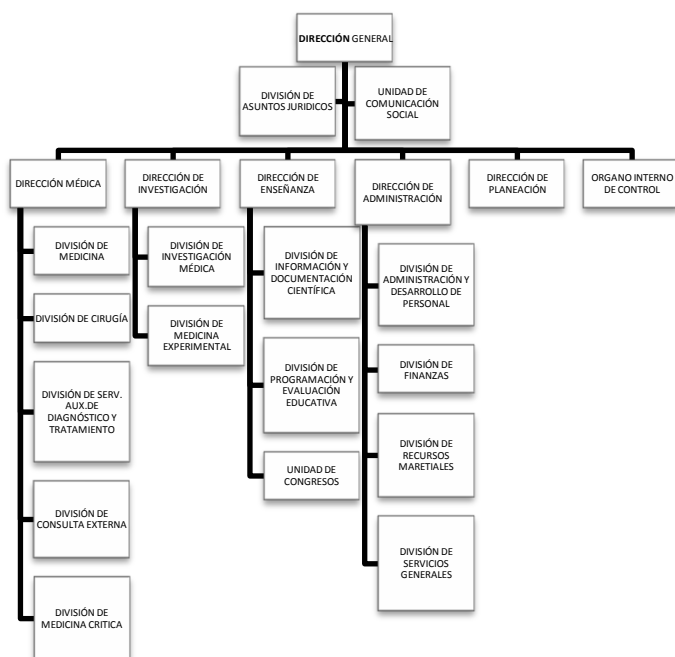
A inicios del año 2000 el Instituto se rige por una nueva reestructuración de trabajo (véase organigrama 2)

³⁵ Periodo dirigido por el Dr. Oscar García Pérez (1981-1985)

³⁶ El Programa de referencia y contrarreferencia consiste en canalizar a los pacientes desde su ciudad de origen a una institución de tercer nivel de atención, con la finalidad de otorgar una atención médica especializada dependiendo de la enfermedad. Una vez que son atendidos, regresan a su ciudad de origen donde siguen siendo atendidos por la institución que lo refirió con seguimientos de vigilancia.

³⁷ Los Institutos de tercer nivel de atención, son aquellos que atiende pacientes con padecimientos de alta complejidad diagnóstica y tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. También son formación de recursos humanos altamente capacitados.

Organigrama 2. Organización Administrativa del Instituto Nacional de Pediatría



Fuente: Dirección de Planeación del año 2000, del INP

La estructura de esta nueva organización tenía como finalidad mostrar al instituto como un hospital del siglo XXI.³⁸

En este periodo también es creada la Subdirección de Hemato-Oncología, la cual une a los servicios de Hematología, Oncología, Radioterapia, Trasplante de Médula Ósea y posteriormente a la Unidad de Quimioterapia Ambulatoria (AQuA) con la finalidad de atender las necesidades médicas de los pacientes con cáncer que se incrementaban considerablemente.

De 2005 a 2010, se desarrollaron los modelos de atención para la práctica de la pediatría nacional e internacional por medio de investigaciones clínicas en varias áreas de la pediatría. Nuevamente se realiza una remodelación de algunas áreas y se reorganiza el área de consulta externa con un nuevo espacio así como la toma de productos, con la finalidad de atender la demanda social que el instituto venía presentando.

³⁸Etapa dirigida por el Dr. Miguel Rodríguez Weber quién estuvo en dos periodos (1997-1999 y 1999-2005)

En 2005 también aparece el Seguro Popular³⁹ (Gastos Catastróficos), este seguro médico en un inicio sólo era para el diagnóstico y tratamiento de Leucemias Agudas. Posteriormente en 2007 se amplió para Tumores Sólidos; ambos padecimientos presentados durante la edad pediátrica y la adolescencia (0-18 años). Con este nuevo acontecimiento el instituto se volvió en un centro nacional de referencia y contrarreferencia para estos padecimientos.

Actualmente el instituto está en una nueva etapa generada por la construcción de la Unidad Pediátrica Hemato-Oncológica (UPHO) la cual una vez en función, permitirá atender un número mayor de pacientes Hemato-Oncológicos. Su misión es “Brindar atención médica integral a pacientes pediátricos con padecimientos hemato-oncológicos, utilizando la infraestructura y los recursos humanos de la Institución para proporcionar diagnóstico y tratamiento oportuno que impacte en la sobrevida del paciente. Fomentar la investigación clínica y la formación de recursos humanos de alta especialidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias”⁴⁰. Con la finalidad de enfrentar el ascenso de las enfermedades oncológicas.

1.2.2. La Enseñanza en el Instituto Nacional de Pediatría. Un hospital escuela

El Hospital ha sido un lugar privilegiado para llevar a cabo la adquisición del saber médico, es el centro de operaciones de las nuevas propuestas y razonamientos, convirtiéndose a la vez en un espacio de investigación y docencia.

Uno de los elementos importantes para esta investigación, es que el Instituto ha sido un formador de Recursos Humanos de Alta Especialidad en el área de la Pediatría, es por eso que es considerado como un Hospital Escuela.

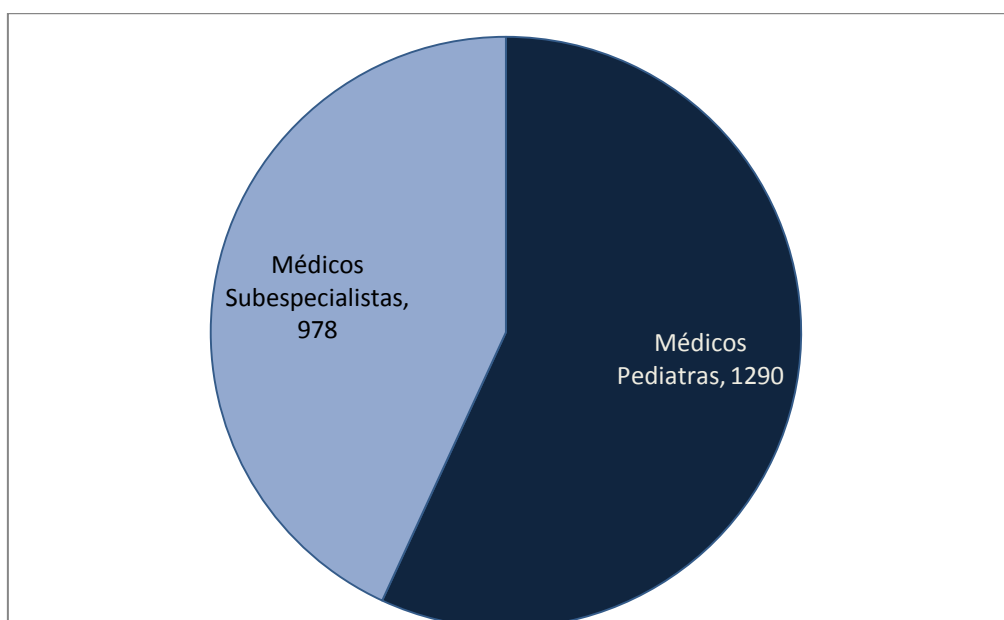
³⁹ El Seguro Popular (Gastos Catastróficos) es un sistema de aseguramiento público y voluntario, el cual busca ampliar la cobertura de servicios de salud para aquellas personas de bajos recursos y aquellos que no cuenten con servicios médicos. Es indispensable no tener ningún otro servicio de seguridad social, para inscribirse al Seguro Popular. Este sistema de salud ofrece atención sin costo para ciertos diagnósticos y tratamientos según el Catálogo Universal de Servicios de Salud (causas) otorgando principalmente atención médico-quirúrgica, tratamiento farmacológico y estancia hospitalaria. Creado durante los gobiernos panistas 2005-2012

⁴⁰ Proyecto de la Unidad Hemato-Oncológica Pediátrica (UPHO), del Instituto Nacional de Pediatría, 2013

Los médicos que se forman en este tipo de instituciones tienen la oportunidad de aplicar sus conocimientos en la práctica diaria con la atención a los pacientes y mejorarlos con la teoría que refuerzan sus conocimientos para ejercer esta profesión, así como el intercambio multidisciplinario con las demás especialidades que hay en el instituto.

Según el archivo histórico del Instituto, se han formado un gran número de médicos especialistas y subespecialistas, en las distintas áreas de la Pediatría como se muestra en la siguiente gráfica (véase gráfica 1), donde se puede apreciar el número de médicos formados en el INP desde su creación:

Gráfica 1. Número de Médicos formados en el INP 1971-2014



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección de Enseñanza del INP

Los médicos que se forman en el Instituto Nacional de Pediatría, tienen cierto prestigio a nivel nacional e internacional, es por eso que esta sede de formación suele ser tan solicitada para realizar la residencia médica en cualquiera de las áreas de la salud que ofrece. Aunado a que al ser una institución de tercer nivel permite tener un panorama multidisciplinario y una enseñanza más completa. La ubicación geográfica también suele ser otro factor para que este instituto sea tan solicitado, no solo a nivel nacional sino para Centroamérica.

1.3. Servicio de Oncología

El Servicio de Oncología Médica se creó en 1971 por disposición de la Dirección General del Hospital IMAN, varios meses después de inaugurado. El primer jefe de este servicio fue el Dr. Rigoberto Borrego Román, cirujano oncólogo con formación como especialista en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional del IMSS.

El servicio contaba con una sala⁴¹ de cuatro cunas y dos camas en el tercer piso de hospitalización, así como un consultorio para consulta externa y cirugía, ubicado en el primer piso de la sección de consulta externa del hospital.

En 1975, ingreso el primer médico Oncólogo Pediatra, con formación de Pediatra y con estudios de Hematología-Oncología Pediátrica en Estados Unidos, debido a que esta subespecialidad no existía en México. Posteriormente en 1978 ingreso el segundo Hematólogo-Oncólogo Pediatría, quien provenía del Hospital Infantil de México, con la misma formación que su antecesor.⁴²

La residencia médica de Oncología Pediátrica fue un logro más del Servicio principalmente por el aumento de casos de Cáncer en niños y adolescentes. Esto dio inicio en 1978, con dos residentes, previamente con formación en Pediatría, sin embargo, no existía un programa oficial que estableciera la programación de actividades, se puede decir que su estancia era más por un aprendizaje autodidacta y por los conocimientos que los médicos adscritos a través de su experiencia habían adquirido y compartían con ellos de alguna forma.

⁴¹ Se entiende como "sala" al espacio físico donde se encuentran las camas de hospitalización

⁴² Primer OP Dr. Guillermo Martínez Guerra; el segundo OP el Dr. Roberto Rivera Luna, graduado de la Facultad de Medicina de la UNAM (1967), Internado en la University of Texas Medical School-Pediatría en San Antonio Texas, EUA (1969-70), Residencia en Pediatría en Baylor College of Medicine-Pediatría en Houston Texas, EUA (1970-72), Residencia de Hematología-Oncología Pediátrica en el MD Anderson Hospital and Tumor Institute-Hematología/Oncología Pediátrica en Houston Texas, EUA (1972-75). Actualmente ocupa el cargo de Subdirector de Hemato-Oncología creada en el 2000 y es el profesor titular del Curso de Oncología Pediátrica INP-UNAM.

Posteriormente en 1986 esta subespecialidad se estableció de dos años, otorgándoles al final un reconocimiento únicamente institucional que los acreditaba como Médicos Oncólogos Pediatras.⁴³

Para 1991, el Servicio de Oncología Pediátrica había crecido, por lo que la Dirección General le asignó 18 camas más, repartidas en 3 salas, así como 2 consultorios en tercer piso del hospital, se aumentaron las plazas de médicos adscritos, quienes a la vez se habían formado en esta institución como Pediatras y posteriormente como Oncólogos Pediatras.⁴⁴ Como parte del Servicio de Oncología, se creó en 1992 el Programa de Trasplante de Medula Ósea, realizando solo trasplantes Autólogos⁴⁵. El primer subespecialista había realizado una rotación de 3 meses en un Hospital de los Estados Unidos donde recibió la capacitación necesaria para este procedimiento.⁴⁶

En 1998 el Programa de Trasplante de Médula Ósea, se reestructuró para el manejo multidisciplinario de padecimientos malignos y benignos en pacientes oncológicos así como de pacientes inmunólogos y hematológicos.⁴⁷

En este mismo año el Servicio de Oncología se vuelve sede oficial de la Residencia de Oncología Pediátrica con reconocimiento institucional y título universitario (avalado por la UNAM), teniendo como requisito elaborar al final de la residencia una tesis, pero sin la necesidad de presentar un examen profesional.

Los recursos humanos formados en Oncología Pediátrica se rigen con base al Programa Operativo Académico (POA)⁴⁸ que es el instrumento que señala el

⁴³ La subespecialización de Oncología Pediátrica es una de las disciplinas más difíciles, debido a que la enfermedad que trata es él: Cáncer Pediátrico. El cual se encuentra dentro de las primeras diez causas de mortalidad y morbilidad en la edad pediátrica, además, que en los últimos 8 años la tasa de crecimiento del cáncer se ha mantenido positiva y con una tendencia creciente.

⁴⁴ Primeros médicos adscritos: Rocío S. Cárdenas Cardos, Carlos A. Leal Leal y Armando B. Martínez Avalos. La Dra. Cárdenas desde 1997 es la Jefa del Servicio de Oncología y profesora adjunta del Curso de Oncología Pediátrica INP-UNAM.

⁴⁵ Un Trasplante Autólogo, se entiende como el procedimiento donde el mismo paciente es el donador.

⁴⁶ El Dr. Carlos A. Leal Leal, fue el primer oncólogo pediatra en recibir una capacitación en trasplante de médula ósea en Cleveland Clinic (1992) previamente formado como pediatría y luego como oncólogo pediatra, ambas formaciones en el Instituto Nacional de Pediatría.

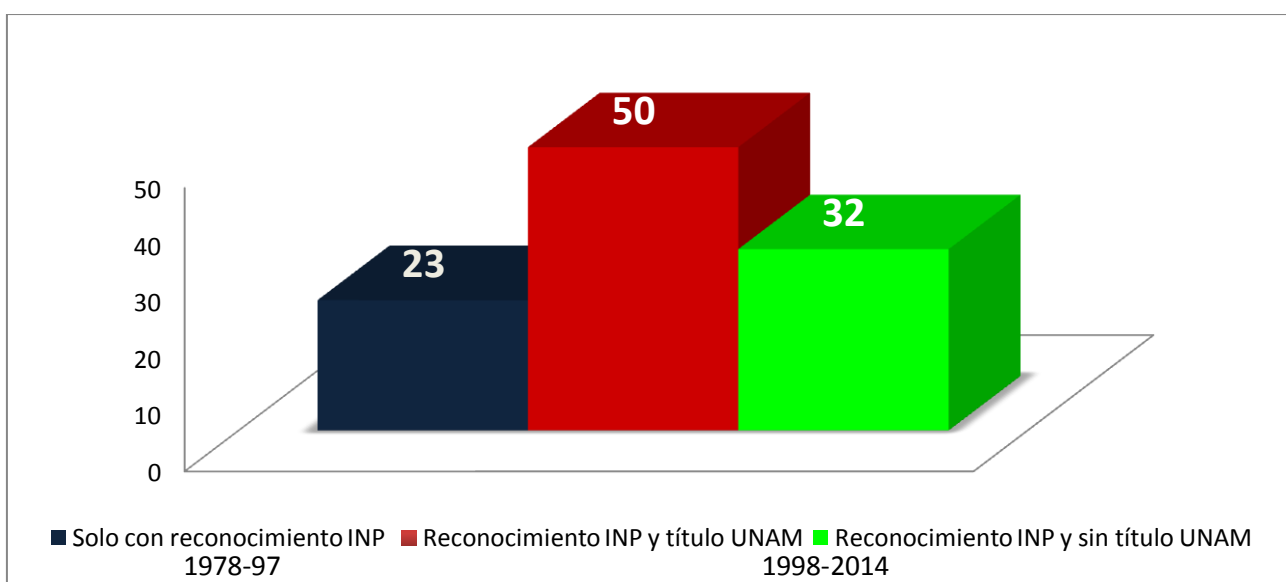
⁴⁷ A partir de 1998 y hasta la fecha es coordinado por el Dr. Alberto Olaya Vargas, con formación de pediatría y oncología pediátrica ambas en el Instituto Nacional de Pediatría y posteriormente Posgrado en Trasplante de Médula Ósea en la University of Louisville, Blood and Marrow Transplant Program (1998) y un Posgrado en Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos de sangre de cordón umbilical en el Children's Memorial Hospital de Chicago (2002), ambos en EUA

⁴⁸ Este programa es establecido por la facultad de medicina de la UNAM, existe uno para cada especialización y/o subespecialización.

desarrollo de la residencia calendarizado por servicios, rotaciones, sesiones departamentales y generales, actividades académicas y de investigación, descansos, guardias y vacaciones, etc.

El Servicio de Oncología ha formado a 105 Oncólogos Pediatras entre los años 1978 a 2014 mismos que están distribuidos en todo el país en los centros médicos para atender pacientes con diagnóstico de Cáncer. En la gráfica siguiente (véase gráfica 2) se pueden observar las características de egreso de estos subespecialistas.

Gráfica 2. Características de egreso de los residentes de oncología pediátrica formados en el INP de 1978-2014



Fuente: Elaboración propia con información de los archivos de egresados del Servicio de Oncología del INP de 1978-2014

Dentro del instituto todo lo que tiene que ver con la formación de recursos humanos médicos, es coordinado por la Dirección de Enseñanza, que es el área que lleva el control de los docentes, alumnos, programas, aulas y sesiones; existe un Profesor Titular del Curso de Oncología Pediátrica así como un Profesor Adjunto que son los encargados de preparar a estos recursos médicos, con ayuda de 7 médicos adscritos asignados al Servicio y que a la vez son Oncólogos Pediatras todos con formación en el Instituto.

1.4. Formación Médica: del Internado a la Residencia Médica

La reglamentación de la enseñanza en los hospitales se inició al terminar el siglo XIX en Alemania, Austria, Francia e Inglaterra, de ahí paso a Estados Unidos donde en 1904 se da formalmente el internado de las residencias médicas.

En México el patrón de enseñanza que predominó hasta finales del siglo XIX, se basó en la formación de profesionales en el oficio del arte de la medicina; situación que cambio a partir de su conceptualización.

En 1887 se reconoció en el DOF, la necesidad que los alumnos de medicina tenían que concurrir a los hospitales, Justo Sierra, en 1901 manifestó por primera vez la necesidad de reglamentar la práctica hospitalaria que realizaban los alumnos al finalizar su carrera.

En 1906 se publicó en el DOF, el nuevo plan de estudios para la carrera de medicina, donde se establecía que a partir del quinto año, los alumnos deberían realizar sus prácticas en un hospital, a fin de mejorar la calidad de su preparación mediante “el examen del estado de los enfermos”.

El término “internado”⁴⁹, apareció oficialmente en el plan de estudios publicado por el DOF de 1912 en el cual se decretó que los alumnos de sexto año, permanecieran dentro del hospital para atender y ser responsable de los casos clínicos, quirúrgicos y obstétricos. Durante 1910 a 1930 y debido a la situación sociopolítica que vivía el país, tales lineamientos no se generalizaron y sólo los alumnos que manifestaban el deseo de profundizar en alguna rama de la medicina y tenían la oportunidad de ser aceptados como ayudantes de un maestro, podían obtener la práctica necesaria y adquirir las destrezas que les permitiría ejercer la profesión. Posteriormente esto no fue así del todo, con el tiempo se regularizaron las actividades y aquellos médicos que querían especializarse en un disciplina lo podían hacer ingresando a una institución de tercer nivel de atención.

⁴⁹ El internado, corresponde a un periodo de un año en alguna institución de 1er y 2do nivel donde el médico está en contacto con pacientes y está bajo la tutoría de los médicos adscritos de las unidades. En este periodo tienen oportunidad de adquirir experiencia y conocimiento sobre el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes en áreas como pediatría, ginecoobstetricia, medicina interna, cirugía general, medicina de urgencias y medicina familiar, general y comunitaria.

Con el tiempo y con la intención de mejorar la formación de médicos la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) en 1986 publicó las normas académicas y administrativas para el desarrollo del internado rotatorio de pregrado siendo este el primer contacto directo con los hospitales y pacientes, que se constituye como una etapa eminentemente práctica, diseñada para que los alumnos, dediquen el mayor número de horas a realizar actividades que les permitan adquirir las competencias básicas que pondrán en práctica al egreso.

Una vez que el médico ha cumplido con los requisitos necesarios para terminar la etapa correspondiente a la licenciatura (haber cumplido con el internado y el servicio social de un año en alguna comunidad) obtiene el título como Médico Cirujano y/o Médico Cirujano y Partero, según la institución que emita dicho documento.

El médico general puede acceder a una residencia médica y especializarse en alguna disciplina de la salud. Para esto existe un instrumento de selección el cual surge en 1973, cuando las instituciones del sector salud, ante la creciente cantidad de postulantes y el número restringido de plazas que podían ofrecer a los futuros becarios, estableció un proceso de selección donde son valorados los antecedentes académicos (fundamentalmente el promedio de la carrera) así como los conocimientos generales y específicos para la especialidad elegida.

A la postre se firmó un convenio entre la entonces Secretaria de Salud y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguros y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para la organización y aplicación compartida de la selección entre los postulantes. Se creó así el Comité de Evaluación de Aspirantes a Residencias Médicas en Instituciones del Sector Público. Efectuándose el primer examen en 1977.

El Comité de Posgrado y Educación Continua, creado en 1984, es el organismo responsable de la organización, ejecución y evaluación del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Está constituido por representantes de la Secretaria de la Defensa Nacional, la Secretaria de la Marina Armada de México, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas

de Medicina, la Academia Nacional de Medicina, la Secretaria General Ejecutiva de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, el Instituto Politécnico Nacional, el Instituto Mexicano del Servicio Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Social del Estado, Petróleos Mexicanos, la Secretaria Salud, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Secretaria de Educación Pública, Instituciones de Salud Privadas y algunas universidades del país.

La convocatoria para el examen es anual y se publica con una antelación de varios meses en un periódico de circulación nacional y de forma electrónica donde se describe el proceso, estructura y dinámica de la prueba, las especialidades por las que se concursa, las instituciones de salud y educación involucradas, las sedes donde se realizará el examen, el número de plazas ofrecidas, el proceso de calificación, la publicación de los resultados y la expedición de las constancias.

El médico aspirante a una residencia médica tiene derecho a presentar el examen del ENARM, tres veces, de no ser satisfactorio el resultado en algún intento se descalifican y no podrán postularse a ninguna especialidad.

Las especialidades para el acceso a las residencias médicas se agrupan en cuatro grupos diferentes y solo tienen como máximo a postularse a dos por cada bloque, (véase cuadro 3)⁵⁰

Cuadro 3. Especialidades por Bloque Clínico

Bloque I Quirúrgico	Bloque II Clínico	Bloque III Salud pública y atención primaria	Bloque IV Especialidades auxiliares y de Diagnóstico
Cirugía general	Anestesiología	Calidad de la Atención Clínica	Anatomía Patológica
Ginecología y	Genética médica	Epidemiología	Audiología,

⁵⁰Por ejemplo, un aspirante puede seleccionar Anestesiología y Neumología como sus opciones pues ambas pertenecen al Bloque II, es decir al mismo bloque. Un aspirante no puede solicitar Cirugía General y Medicina Interna ya que son de distintos bloques.

Obstetricia			Otoneurología y Foniatría
Oftalmología	Geriatría	Medicina de la Actividad física y Deportiva	Imagenología, Diagnóstica y Terapéutica
Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello	Medicina de Urgencias	Medicina del Trabajo y Ambiental	Medicina de Rehabilitación
Traumatología y Ortopedia	Medicina Interna	Medicina Familiar	Medicina Legal
	Neumología	Medicina Integrada	Medicina Nuclear
	Pediatría	Salud Pública	Patología Clínica
	Psiquiatría		Radio Oncología

Fuente: Comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud

El sustentante sólo podrá ser seleccionado en su caso, para una de las dos especialidades elegidas, dependiendo del lugar que ocupe en el ranking del examen y a la prioridad de sus elecciones (primera o segunda). La elección del curso de especialidad el médico aspirante la tendrá que realizar cuidadosamente ya que una vez concluido su registro, no se permitirán cambios de ningún tipo.

1.4.1. El Examen a la residencia médica

El examen consta de 450 preguntas de las cuales 400 corresponden al área médica y 50 al área de inglés. Del área médica 150 preguntas están basadas en la temática de la medicina interna, 100 preguntas de pediatría, 90 de ginecología y obstetricia y 60 de cirugía.

Las preguntas del área médica están diseñadas en torno a casos clínicos del que se desglosan una serie de preguntas con respuestas de opción múltiple. La finalidad de cada una de las preguntas del área médica es analizar la solución a los problemas o situaciones de salud planteados para cada caso o paciente bajo los campos de diagnóstico, patogenia, terapéutica, pronóstico, rehabilitación, ciencias básicas y salud pública. En la parte de inglés, el área de exploración se orienta específicamente a la comprensión de textos médicos en inglés en nivel B1 y B2 conforme al marco de referencia europeo.

Cada pregunta acertada del examen del área médica equivale a 0.225% y del área de inglés a 0.2% del total de la calificación final.

Los resultados una vez hecho el examen de ingreso a la residencia son publicados en la página web de la CIFRHS, así como en un diario de circulación nacional. El número de médicos seleccionados está determinado por el número de plazas autorizadas para cada especialidad y por cada institución de salud, como por ejemplo para la residencia en Oncología |Pediátrica son autorizadas de 4-5 plazas por año. Los médicos extranjeros que sustentan el ENARM son evaluados como grupo independiente a los aspirantes mexicanos.

1.4.2. La Subespecialidad

Una vez adscrito al Sistema Nacional de Residencias Médicas, el Médico Residente puede elegir cursar una Subespecialización. Por lo que primero se debe apegar a las condiciones que pide la subespecialidad deseada, es decir, cumplir con los requisitos necesarios para poder ser admitido en dicho posgrado. Estos requisitos son haber cursado previamente ciertos años en alguna especialidad, por ejemplo en el caso de la Pediatría 3 años. (véase cuadro 4)

Cuadro 4. Requisitos para cursar una Subespecialidad

Sub-especialidad	Duración	Especialidad requerida	Años requeridos	Total de años
Alergia e Inmunología	2 años	Medicina Interna	2 años	4 años

Clínica		Pediatría	3 años	2 años
Angiología y Cirugía Vascular	4 años	Cirugía General	1 año	5 años
Biología de la reproducción humana	2 años	Medicina Interna (2 años) + Endocrinología (2 años)	4 años	6 años
		Ginecología y Obstetricia	5 años	
Cardiología	3 años	Medicina Interna	2 años	5 años
Cardiología Pediátrica	2 años	Pediatría	3 años	5 años
Cirugía Cardiorácica	4 años	Cirugía General	2 años	6 años
Cirugía Oncológica	3 años	Cirugía General	4 años	7 años
Cirugía Pediátrica	4 años	Cirugía General	1 año	5 años
Cirugía plástica y Reconstructiva	4 años	Cirugía General	2 años	6 años
Coloproctología	2 años	Cirugía General	4 años	6 años
Dermatología	3 años	Medicina Interna	1 año	4 años
Endocrinología	2 años	Medicina Interna	2 años	4 años
Gastroenterología	3 años	Medicina Interna	2 años	5 años
Hematología	3 años	Medicina Interna	1 año	4 años
Hematología Pediátrica	3 años	Pediatría	2 años	5 años
Infectología	2 años	Medicina Interna	4 años	6 años
		Pediatría	3 años	5 años
Medicina del enfermo en estado crítico	3 años	Anestesiología	3 años	6 años
		Medicina de Urgencias		
		Medicina Interna		
Medicina del enfermo pediátrico en estado	3 años	Pediatría	3 años	6 años

crítico				
Medicina materno fetal	2 años	Ginecología y obstetricia	4 años	6 años
Nefrología	3 años	Medicina Interna	2 años	5 años
Nefrología pediátrica	2 años	Pediatría	3 años	5 años
Neonatología	2 años	Pediatría	3 años	5 años
Neumología	3 años	Medicina interna	1 año	4 años
Neurocirugía	5 años	Cirugía General	1 año	6 años
Neurofisiología clínica	2 años	Medicina Interna (2 años) + Neurología (3 años)	5 años	7 años
		Pediatría (3 años) + Neurología pediátrica (2 años)		
		Audiología, Otoneurología y Foniatría	4 años	6 años
		Medicina de rehabilitación		
Neurología	3 años	Medicina Interna	2 años	5 años
Neurología Pediátrica	2 años	Pediatría	3 años	5 años
Oncología Médica Pediátrica	2 años	Pediatría	3 años	5 años
Oncología Médica	3 años	Medicina Interna	2 años	5 años
Reumatología	2 años	Medicina Interna	2 años	4 años
Urología	4 años	Cirugía General	1 año	5 años

Fuente: Comisión interinstitucional para la formación de recursos humanos para la salud

Por ejemplo, para Oncología Pediátrica, el médico primero debió haber cursado tres años de la especialidad en Pediatría, y después dos años más de Oncología Pediátrica.

En el cuadro anterior es solo una muestra de subespecialidades que se ofreció en una convocatoria, pero también existen muchas más como Neuropsiquiatría, donde se requiere previamente haber cursado Psiquiatría o Neurología.

1.4.3. Posgrados

Maestría

Además de las especializaciones y sub-especializaciones, otro postgrado al que puede aspirar un médico tras concluir su licenciatura es la Maestría sin importar que se haya especializado o que haya entrado o no al Sistema Nacional de Residencias.

La oferta de Maestrías para Médicos es variada y distinta según la institución donde elija cursarla. Algunos ejemplos de Maestría a los que puede aspirar un Médico son: Maestría en Ciencias Médicas, Maestría en Epidemiología, Maestría en Biología Experimental, Maestría en Administración de la Salud, Maestría en Políticas Públicas de Salud, etc. Sin embargo, a diferencia de las especialidades, la mayoría de las Maestrías tienen un enfoque más administrativo, a excepción de la Maestría en Ciencias Médicas, que tiene un enfoque clínico y muchas ramas de aplicación e investigación. Su duración es de dos años.

Doctorado

Al igual que otras áreas, una vez que se cursó la maestría, se puede aspirar al Doctorado, los doctorados varían según las disposiciones de las distintas universidades en el país. Algunos de los doctorados que un Médico puede cursar son: Doctorado en Ciencias Biomédicas, Doctorado en Epidemiología Clínica y Doctorado en Ciencias Médicas (único que exige haber concluido una especialidad), entre otros.

1.5. Residencia Médica en Oncología Pediátrica

Debe decirse que la Pediatría nace como especialidad a mediados del siglo XIX, sin embargo, en el siglo XVIII se dan los primeros cambios y las primeras observaciones de la diferencia entre el organismo infantil y el adulto. En México

la escuela anatómico-clínica Francesa fue la de mayor influencia durante el periodo del Porfiriato, aunque el cuidado y la atención tuvieron sus antecedentes en el periodo novohispano con la creación de hospicios y casas de cuna. Históricamente la primera clase en pediatría que se otorga en la Universidad data de 1893. Anteriormente los niños eran considerados como adultos pequeños a los cuales se les daba atención médica similar a la de un adulto. Estas diferencias anatómicas y fisiológicas peculiares en los niños dieron lugar a que la pediatría se convirtiera en una especialidad médica de alto impacto para la atención de este tipo de pacientes.

Hablando en términos epidemiológicos el Cáncer Infantil en México representa el 5% de todas las neoplasias malignas⁵¹. En el mundo se estima que existen 12 millones de personas diagnosticadas con Cáncer, de los cuales el 3% son niños⁵². Este grupo de padecimientos es ligeramente más numeroso en países desarrollados que en los que están en vía de desarrollo. Sin embargo, esta situación se ha incrementado en forma importante durante los últimos 10 años, a tal punto que actualmente el Cáncer en la población infantil origina una alta tasa de Mortalidad y ésta tiene una inclinación ascendente.

En México, la tasa señalada por organismos nacionales marca que el cáncer entre los 4 y 15 años tiene una incidencia de 122 casos/millón/año⁵³. Muchos de los casos diagnosticados con Cáncer no cuentan con seguridad social.

Por otra parte la Residencia Médica se origina como un proceso de enseñanza en el área médica, con la finalidad de que él médico adquiera conocimientos específicos para atender los males que aquejan a los pacientes con enfermedades complicadas. En el caso de la Residencia en Oncología Pediátrica es la subespecialidad médica que estudia y trata las neoplasias tumorales benignas y malignas. El termino se deriva del griego “Onkos” (masa o tumor) y el sufijo “Logos-ou” (estudio de).

⁵¹ Roberto Rivera. El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista. Edit. Editores de Textos Mexicanos 2007 pág. 1

⁵² Perfil Epidemiológico del Cáncer en Niños y Adolescentes en México de la Secretaría de Salud mayo 2010

⁵³ Reporte Sexenal de la Dirección de Epidemiología 2012

La Oncología Pediátrica se ocupa principalmente del Diagnóstico, Tratamiento (quimioterapia, cirugía y radioterapia), Seguimiento y de los Cuidados Paliativos del paciente.

En un inicio la Oncología se desarrollaba en el campo de la Cirugía. El primer término, se pugnó por el diagnóstico precoz y se comenzó a limitar la cirugía mutilante, aún y cuando los resultados de quimioterapia no llegaban a ser lo que ahora son.

Posteriormente con la aparición de sustancias químicas y medicamentos útiles (quimioterapia), altamente tóxicas, permitieron otro tipo de tratamiento de estas neoplasias malignas, lo que permitió tener otro rumbo de tratamiento para estos pacientes.⁵⁴

Un médico especialista interesado en cursar la subespecialidad en Oncología Pediátrica tuvo que haber cursado previamente 3 años de Pediatría y 6 o 7 años de Medicina según la institución de egreso.

La residencia en Oncología Pediátrica tiene una duración de dos años, donde el primer año son considerados como R-IV⁵⁵ y están en la formación inicial de la patología, es decir, de las enfermedades que tratarán; el segundo año corresponde al R-V⁵⁶ donde desarrollan con más libertad la práctica clínica, es decir, sin la vigilancia estricta del médico adscrito⁵⁷ y son responsables casi en su totalidad del paciente.

El Oncólogo Pediatra como ya se mencionó anteriormente tiene que tener una formación como Pediatría (3años) y realizar la subespecialidad en Oncología Pediátrica (2años) en una institución de tercer nivel formadora de recursos humanos. Una vez concluido el proceso de formación (5años) tienen que presentar un examen oral y otro de conocimientos generales ante el Consejo

⁵⁴Siddhartha Mukherjee. El Emperador de todos los males. Una Biografía del Cáncer. Editorial Taurus 2012 pág. 345

⁵⁵ El R-IV se traduce al médico que ha cursado 9 o 10 años de estudio y se encuentra en la parte inicial de la subespecialización, y que equivaldrá al año 10 o 11 de su formación según sea el caso.

⁵⁶ El R-V se traduce al médico que ya ha cursado 10 o 11 años de estudio y se encuentra en la parte final de la subespecialización para completar los 11 o 12 años de formación.

⁵⁷ El médico adscrito es el profesional que ya terminó su especialidad y/o subespecialidad y se encuentra trabajando en alguno de los servicios del hospital y que además de sus actividades asistenciales ejerce la docencia e investigación. Acompaña académicamente al médico que está en formación y es un referente primario dentro de la socialización y es una influencia social y profesional.

Mexicano de Oncología⁵⁸, que los Certifica para ejercer la profesión, así como haber cubierto todos los créditos en la institución formadora para tener el reconocimiento institucional y haber presentado un trabajo de investigación (tesis) para obtener el título Universitario.

El proceso asistencial y educativo que se da en los hospitales escuela implica a diversos actores, uno de los cuales es el médico residente. Pues éste desarrolla simultáneamente dos roles diferentes, como alumno de programas de especialización y subespecialización, y como profesional de la salud empleados por las instituciones hospitalarias.

En el siguiente capítulo para poder dar cuenta de que el estudio de la identidad, es un asunto interesante se retoma a distintos teóricos y puntos de vista sociológicos, tomando en cuenta un contexto de configuración de sociedades cambiantes, las cuales corresponder a una dinámica de mayor individualización y al mismo tiempo de reconocimiento de un mismo grupo.

⁵⁸ El Consejo Mexicano de Oncología (CMO) se creó en 1991, su finalidad es certificar a los médicos especialistas. Está formado por cuerpos colegiados, por prestigiados y probos representantes de la comunidad profesional de la Oncología. Reconoce tres subespecialidades: Cirugía Oncológica, Oncología Médica y Oncología Pediátrica. Está avalada por el Instituto Nacional de Cancerología (INCaN), Instituto Nacional de Pediatría (INP), Hospital Infantil de México "Federico Gómez"(HIMFG), Hospital Pediátrico del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS, Unidad Oncológica del Centro Médico 20 de Noviembre del ISSSTE, Unidad de Oncología del Hospital General de México y Hospital Juárez de México

Capítulo II

Perspectiva teórica sobre la Construcción de la Identidad

2.1. La Identidad una mirada desde distintas perspectivas sociológicas

Partiendo del supuesto de que la identidad social no es una esencia o un atributo inherente al individuo, ni tampoco un aspecto dado de manera externa el cual se herede o se estipule según las normas sociales preestablecidas⁵⁹, sino que se concibe como un proceso en permanente construcción que requiere tanto de la autopercepción como de la opinión que la otredad tenga sobre el *Yo social*⁶⁰, a lo largo de los ejes de análisis biográfico y relacional. En este sentido, es una forma de configuración historizada y en permanente tensión entre la contingencia y la necesidad de socializar.

En otras palabras, la identidad social no es sólo personal o únicamente social, sino que se conforma como una hilación de hechos heterogéneos que cobran sentido en la narración que hace el actor de su propia trayectoria de vida y de su proyección a futuro, y que es captada a partir de las representaciones sociales que los sujetos hacen de sí mismos en ciertos contextos estructurados, a partir de las relaciones de interacción que establecen con sus semejantes.

La identidad social es un elemento principal para la conformación del *Yo*⁶¹ en tanto que permite la distinción del sujeto en el reconocimiento de sus diferencias y similitudes con un grupo de referencia. En este sentido, se forman colectivos de pertenencia que otorgan membrecía a los actores y que establecen un punto de la identidad del *Yo*, del *nosotros* y de los *otros*. Estas interacciones se dan en marcos de relaciones de poder con dinámicas de articulaciones hegemónicas.

⁵⁹ Conclusión de la idea que tienen los siguientes autores sobre la identidad social (Dubar, 2002:11; Fuentes, 1998:77; citado en Dubar 2002)

⁶⁰ El *Yo social* se refiere al individuo tal como otros lo ven desde la perspectiva de sus experiencias sociales o el aspecto de su personalidad destacado como importante por los demás en sus relaciones con él.

⁶¹ *Yo* concepción que tiene un individuo de su propia personalidad.

La identidad social está constituida por diversas esferas de acción a nivel macro y a nivel micro como pueden ser: la familia, la escuela, la personalidad, la religión, la nacionalidad, la lengua, el género, la edad y la profesión. Así, la identidad social es resultado de la comprensión subjetiva de una compleja red de interrelación entre esferas, concepciones espacio-temporales y puntos de referencia individual y relacional.

La idea de construcción alude al mantenimiento de productos durables y al mismo tiempo a la reestructuración de esos procesos en la medida de que se innova en la interacción social de la vida cotidiana. Esta perspectiva contempla al actor y a las estructuras en constante influencia y reelaboración. A este respecto, Pierre Bourdieu desarrolla el planteamiento del constructivismo estructuralista como una conjunción entre lo objetivo y lo subjetivo. La noción de “constructivismo” apela a la génesis social de los patrones de percepción, pensamiento y acción que constituyen el *habitus*, mientras que la idea “*estructuralista*” anota que existen estructuras objetivas independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, las cuales constriñen sus prácticas y representaciones.⁶²

Claude Dubar realiza su aportación sobre la identidad social en el sentido que propone una visión que articula varias posturas teóricas en las que existe un movimiento dialéctico entre el actor y los contextos estructurados de acción, sin que ninguno sea determinante sobre el otro y sin descontextualizarlo de su realidad sociohistórica. A esto se suma el hecho de que el trabajo de este teórico se enfoque al estudio de la identidad profesional contemporánea, lo cual proporciona una valiosa herramienta para esta investigación.

2.2. Panorama teórico sobre la identidad social

La identidad social ha sido una de las categorías más abordadas en las últimas décadas dentro de las ciencias sociales, debido principalmente a la incertidumbre que los contextos estructurados ofrecen a los agentes en cuanto a la percepción que tienen de sí mismos y de su entorno.

⁶²Philippe Corcuff Las nuevas sociologías. Alianza Editorial. Paris Francia1998. Pág. 31

El desarrollo del pensamiento social hasta antes del siglo XX y en específico el abordaje de la identidad, manifestó una dicotomía conceptual entre las visiones “macro y micro” sociológicas. La primera postura argumenta que son las regularidades objetivas como las estructuras, leyes o sistemas de relaciones las que influyen determinadamente en la acción de los individuos y por ende en el funcionamiento de la sociedad. Por su parte, el enfoque “micro” ubica como el elemento definitorio a la capacidad de acción del sujeto generada desde su mundo interior

El estudio de la identidad social ha sido motivo de atención por parte de la teoría sociológica desde sus inicios y aunque en el trabajo de los clásicos no se le haya denominado en estos términos, la preocupación por conocer la autodefinición del sujeto en la dinámica acción individual-orden social se ha conformado como un componente imprescindible.

En este sentido, dado que la teorización sobre la identidad profesional se deriva de la noción de identidad social resulta pertinente mencionar los enfoques “macro y micro”, y que den un panorama al curso de la investigación.

2.2.1. La Perspectiva Macrosocial

Desde la perspectiva funcionalista se comprende a la sociedad como un sistema integrado por varios subsistemas en mutua interdependencia. La génesis del sistema social se ubica en la acción de individuos con capacidad de elección, motivaciones, normas, valores e intereses, pero orientados por expectativas de acción que marcan pautas de conductas propias de los diversos roles sociales. De esta manera, los roles implican relaciones normativas, dado que hay mecanismos sociales que dirigen el desarrollo de las interacciones⁶³.

En esta lógica, las sociedades tienden a diferenciarse en estructuras sociales que realizan funciones ordenadas y determinadas por los patrones de conducta dominante de un grupo.

⁶³El funcionalismo caracterizado por el utilitarismo otorgado a las acciones que deben sostener el orden establecido en las sociedades. Esta teoría se asocia por ejemplo a Durkheim, Parsons.

Por ejemplo Emile Durkheim y Talcott Parsons conceden a la escuela una función socializadora que produce un proceso de diferenciación y ubicación social. Desde esta visión, la identidad social se comprende como el resultado de la interiorización de pautas de conducta generadas por expectativas de rol ejercidas en la misma, de aquí que la identidad sea dada externamente por instituciones como la familia, la escuela, la iglesia, el Estado etc., quien desde la infancia forman al actor social a modo de mantener las estructuras en las que descansa el orden en este enfoque. Así el proceso de socialización es el que permite la conversión del individuo en sujeto social conforme se integre a la sociedad global.

En lo relativo a la identidad profesional, Parsons destaca que las profesiones son un rasgo esencial de las sociedades civilizadas occidentales y desarrolla un análisis de la relación médico-enfermo según la lógica de profesional-cliente, observando principalmente las dimensiones de rol, normas sociales y valores culturales.⁶⁴

En este sentido, el profesional posee “*autoridad*” debido a que detenta un saber práctico o “*ciencia aplicada*” que se basa en las competencias del saber teórico, el saber práctico y en la especialización técnica, lo cual le confiere el dominio legítimo de su actividad.

El rol profesional del médico se ejerce dentro de la interacción con el rol del enfermo o cliente del profesional. Ello establece una obligación recíproca entre ambos sujetos lo que crea la posibilidad de institucionalización de la actividad. De esta manera, las profesiones forman comunidades unidas por los mismos valores y la misma ética de servicio, que están legitimadas por las competencias profesionales. Así, a decir de Parsons, “*el tipo profesional es un marco institucional en el que se realizan funciones importantes, destacando la ciencia y los conocimientos humanísticos y su aplicación práctica en la medicina, la tecnología, el derecho y la enseñanza, y esta estructuración*

⁶⁴ Con referencia a lo mencionado Talcott Parsons escribió en 1956 un artículo publicado en *El Sistema Social*, denominado “Estructura social y procesos dinámicos: el caso de la práctica médica moderna”, el cual fue traducido al español hasta 1966.

*depende de la existencia de un complejo equilibrio de diversas fuerzas sociales”.*⁶⁵

2.2.2. La Perspectiva Microsocial

En la década de 1970, la visión altruista de las profesiones impulsada por el funcionalismo fue debatida desde la Escuela de Chicago bajo los argumentos del interaccionismo simbólico⁶⁶, donde se ponían a debate los temas de cultura, poder y profesionalismo. Esta corriente de pensamiento considera que el elemento teórico distintivo para comprender la interacción social está en la capacidad que tienen los seres humanos para actuar hacia los objetos sobre la base de los significados que ellos mismos les atribuyen.

Según Georg H. Mead⁶⁷ la psicología del individuo es el elemento central para explicar la experiencia social. El *self* es la capacidad que tiene para considerarse a sí mismo como un sujeto y un objeto dentro del proceso de interacción social. Así, aunque el *self* es un proceso mental debe ser ubicado en la experiencia social y en los procesos sociales para poder desarrollarse.

La teoría de Mead, permite ver cómo las normas del acto están representadas por el “mi” del actor; ellas constituyen su personalidad social. El “yo” es el motor que permite la emergencia de metas o fines más específicos, es la respuesta inmediata de un individuo a otro. El sujeto no es consciente del “yo” y a través de él nuestras propias acciones nos sorprenden, somos conscientes de él únicamente cuando se ha realizado el acto. Mead hace hincapié en el “yo” por cuatro razones: es una fuente importante de innovación en el proceso social, cree que es donde se encuentran nuestros valores más importantes, constituye

⁶⁵Talcott Parsons. Las profesiones y la Estructura Social. Ensayos de teoría sociología. Editorial Paidós. Buenos Aires, Argentina 1956. Pág. 46

⁶⁶El interaccionismo simbólico, pensamiento de las corrientes de pensamiento micro sociológico y de la psicología social que se basa en la comprensión de la sociedad a través de la comunicación. Se sitúa dentro del paradigma interpretativo. Analiza el sentido de la acción desde la perspectiva de los participantes. Retrata la negociación individual como un vehículo para la autoexpresión y subestimaba los instrumentos de la manipulación y el control. surge casi al mismo tiempo que la teoría funcionalista de Parsons.

⁶⁷George. H. Mead (1863-1931), filósofo pragmático, sociólogo y psicólogo social estadounidense. Teórico del conductismo social llamado también interaccionismo simbólico.

algo que todos buscamos: la realización del Self y nos permite desarrollar una personalidad definida⁶⁸.

En este sentido, el interaccionismo simbólico se posiciona en el otro polo explicativo de la identidad social concibiendo que es un constructo de significados que el sujeto elabora sobre sí mismo y sobre los demás en contextos de interacción, independientemente de las nociones estructurales existentes. De esta manera, la identidad se entiende como la capacidad que tiene el sujeto para observar y reflexionar sobre sí mismo, según la internalización de actitudes dadas por la interacción, por lo que es intersubjetiva y relacional.⁶⁹

El interaccionismo ve al empleo y a las profesiones como formas de realización del sujeto, por lo que se da gran atención al proceso biográfico identitario. En esta postura según Ballesteros se destacan cuatro puntos⁷⁰:

1) Los grupos profesionales son el proceso de interacción que conducen a los miembros de una misma actividad de trabajo a auto-organizarse, a defender su autonomía y su territorio y a protegerse de la competencia.

2) La vida profesional es considerada como un proceso biográfico que construye las identidades a lo largo de la vida.

3) Los procesos biográficos y los mecanismos de interacción son, en una relación de interdependencia, la dinámica de un grupo profesional que depende de las trayectorias de sus miembros en interacción entre ellos y su entorno.

4) Los grupos profesionales buscan el reconocimiento de sus pares, a partir de discursos compartidos y protecciones legales.

⁶⁸ George Ritzer. Teoría sociológica clásica. McGraw Hill 3ra Edición 2001 pág. 489

⁶⁹ José Luis Torres. La identidad profesional de las profesoras de educación primaria en México. Un estudio sobre transiciones objetivas y subjetivas en contextos socialmente estructurales. Tesis doctoral. Posgrado en Estudios Sociales. UAM, México, 2005 Pág. 21

⁷⁰ Ponencia de Arturo Ballesteros titulada "La sociología de las profesiones" en el Primer Encuentro de Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana, 2007

2.3. La Configuración Constructivista

Ubicarnos en un escenario de sociedades complejas, el análisis sociológico da cuenta del desarrollo de acciones sociales múltiples que generan un proceso de construcción y reconstrucción del orden social. En este sentido, el actor necesita desarrollar estrategias de socialización que respondan a los constantes cambios existentes en su realidad siendo la construcción de la identidad social uno de los elementos clave para la socialización tanto a nivel individual como a nivel colectivo, puesto que esto determina la conducta en la interacción cotidiana.

Así, el proceso de socialización es el que permite la conversión del individuo en sujeto social conforme se integra a la sociedad, partiendo de sus habilidades y destrezas innatas, que el sistema social y en particular el educativo, se encargará de jerarquizar conforme se ubiquen en el sistema de retribuciones económicas, de prestigio y poder.

Es en este sentido, es que la propuesta constructivista es la más pertinente para la investigación, se retomará algunos autores que concluyen en que es el proceso social el que permite la conversión del individuo en un sujeto social conforme este se relacione con la sociedad. La propuesta constructivista busca establecer un paradigma explicativo que supere los antagonismos entre el objetivismo y subjetivismo y que enfatice las relaciones objeto-sujeto como parte de un mismo proceso.

Siguiendo el contexto, se recuperan brevemente las propuestas de algunos teóricos contemporáneos con el fin de enriquecer la conceptualización de la identidad social.

Para Norbert Elías⁷¹ la realidad social se teje en un entrecruce de interacciones altamente complejo que da como resultado una configuración social. En ella los individuos son interdependientes en tanto que su acción modifica la acción del otro y a su vez ésta depende de la primera. Esta lógica se continúa en un

⁷¹Norbert Elías sociólogo judío-alemán cuyo trabajo se centro en la relación entre poder, comportamiento, emoción y conocimientos.

vaivén de dependencias durante largas series de interacción por lo que la identidad social se configura tanto por exigencias externas e internas expresados en los hábitos.

Por su parte, Pierre Bourdieu⁷² anota que la acción histórica depende de la relación entre la conciencia del sujeto en forma de *habitus* y las cosas objetivadas en forma de instituciones, conformando el campo social. Bourdieu identifica “el doble movimiento constructivista de interiorización de lo exterior y de exteriorización de lo interior”⁷³ El *habitus* muestra la forma en la que las estructuras sociales se graban en nuestra mente y cuerpo como un sistema de disposiciones perdurables y transponibles, sin embargo, los *habitus* son singulares, es decir, no reproducen las estructuras de manera uniforme sino que se pueden conducir de manera innovadora frente a situaciones inesperadas.

Con lo que se refiere a los campos son la exteriorización de la interioridad en las instituciones, las cuales expresan configuraciones de relaciones entre los agentes. Cada área es un “*campo de fuerzas*” caracterizado por la distribución desigual de recursos entre dominados y dominantes. Esta constante lucha es la que define y delimita al campo, el cual se compone de varias dimensiones o campos que a su vez muestran diversos mecanismos de socialización⁷⁴

En resumen, la identidad social es un elemento en el que el investigador percibe este juego dialéctico entre *habitus* y campo, el cual no es transparente para los agentes, quienes actúan frecuentemente desde una lógica práctica que les permite interactuar sin necesidad de explicarse todas sus acciones, sea porque estas caen en los límites del subconsciente o porque la lucha de fuerzas promovió la inconsciencia de su acción.

⁷²Pierre Bourdieu sociólogo francés contemporáneo, logro reflexionar sobre la sociedad, introduciendo y/o rescatando una batería conceptual e investigando de manera sistemática a la sociedad y su cotidianidad

⁷³ Philippe Corcuff. Op cit. pág. 32

⁷⁴Pierre Bourdieu & Loïc Wacquant. Respuesta: por una antropología reflexiva. Editorial Grijalbo. México 1995 pág. 68

En el caso de Erving Goffman⁷⁵, quien concibe a la acción social como un ejercicio escénico donde el actor dramatiza su conducta según su presencia en los diferentes roles y escenarios donde se encuentre. Goffman se interesa por la estructura de la experiencia individual de la vida social, de aquí que destaque el análisis del marco de acción en el que se estructuran las predisposiciones y los referentes cognitivos de las actividades diarias. Influyen también las premisas organizacionales que pertenecen al mundo exterior y que orientan la situación. En lo que se define, como marcos ocurren secuencias de acción que son vulnerables de transformación y que también siguen convenciones de conducta.⁷⁶

Para Goffman la identidad social implica la actuación de los individuos en la vida cotidiana como en una obra de teatro donde hay máscaras, mobiliario y un público que aprueba o reprueba la representación. El actor muestra una fachada personal que se convierte en una apariencia colectiva y social, donde se tiende a institucionalizar la conducta en función de expectativas estereotipadas, lo cual permite estabilidad en la interacción. Así, el actor elige estratégicamente su representación siguiendo modales y apariencias que corresponden a la imagen que éste quiere presentar frente a su público, apegándose a un ideal o modelo apreciado socialmente.

En el caso, François Dubet⁷⁷ desarrolla la idea de la experiencia como una combinación de lógicas de acción que vinculan al actor con cada una de las dimensiones del sistema, así no se contempla una unidad sino elementos autónomos del sistema social surgidos en cada lógica de acción. Para este autor *“la identidad es un proceso difícil y contradictorio que puede implicar indistintamente”*:

- a) *Integración, estereotipos y clasificaciones*
- b) *Capacidad estratégica del actor para lograr ciertos fines*
- c) *Compromiso o vocación*

⁷⁵Erving Goffman sociólogo y escritor contemporáneo canadiense. Considerado como el padre de la microsociología, debido a sus estudios de unidades mínimas de interacción entre las personas. Teórico del interaccionismo simbólico

⁷⁶Corcuff Philippe. Op. cit. pág. 87

⁷⁷Francois Dubet sociólogo contemporáneo francés. Es autor de estudios sobre el marginal niño, la escuela y las instituciones

d) *Capacidad para actuar*

La idea de sí mismo es social y está conformada por una heterogeneidad de lógicas y racionalidades que dan una pluralidad a la experiencia, lo que impide que el individuo se identifique totalmente con su rol o posición.⁷⁸ Así, la subjetividad plural y la fragmentación del individuo en sus experiencias múltiples se organizan en la mirada dirigida al Yo, dando sentido y coherencia a la experiencia.

Dubet (1989) anota que la identidad social implica la identificación de las relaciones entre la identidad personal y la formación de un principio de unidad. En este sentido, el actor se define por: pertenencias, intereses, recursos, convicciones, compromisos y por identificaciones con los principios culturales de una sociedad.

El actor debe mezclar pertenencias y fidelidades, compromisos y estrategias para producir su identidad. Esto no ocurre por la búsqueda de originalidad o de diferencia sino que implica simplemente el trabajo de un actor sobre la identidad social. En palabras de Dubet *“la identidad social no está ni dada, ni es unidimensional sino que resulta del trabajo de un actor que administra y organiza las diversas dimensiones de su experiencia social y de sus identificaciones. El actor social es el que reúne los diversos niveles de la identidad a manera que se produzca una imagen subjetivamente unificada de sí mismo”*⁷⁹. De esta manera, la identidad tiene que ver con el grado de unión que existe entre los diversos niveles de la acción.

En los fundamentos de la teoría sobre la identidad social se encuentra el concepto de categorización social estudiado por Henri Tajfel⁸⁰. Donde señala a las categorizaciones sociales como divisiones del mundo social en clases o categorías distintas de manera que la identificación social es el resultado de un proceso mediante el cual, un individuo utiliza un sistema de categorizaciones

⁷⁸Corcuff Philippe. Op. cit. pág. 91

⁷⁹Francois Dubet. De la sociología de la identidad a la sociología del sujeto. En Revista de Estudios Sociológicos. Vol. VII número 21 septiembre-diciembre. El Colegio de México. México 1989 Pág. 536

⁸⁰ Henri Tajfel psicólogo británico, más conocido por su trabajo pionero sobre los aspectos cognitivos del prejuicio, principal desarrollador de la Teoría de la Identidad Social, así por ser uno de los fundadores de la Asociación Europea de Psicología Social Experimental.

sociales para definirse a sí mismo o a otras persona. La suma de las identificaciones sociales usadas por una persona para definirse a sí misma será lo que llama su identidad social. Es claro que la identidad social es el resultado del proceso dialectico mediante el cual se incluye sistemáticamente a una persona en algunas categorías y al mismo tiempo se le excluye en otras⁸¹, dando lugar a la formación de los grupos sociales que se perciben como miembros de una misma categoría. De esta manera los sujetos comprenden su historia y el orden social desde sus identificaciones con los grupos de pertenencia.

De aquí se desprende que la identidad sea producto de relaciones sociales “validadas” por el otro, donde los símbolos y el lenguaje son básicos para el establecimiento de membrecías y de sentimientos colectivos. Normalmente son los grupos dominantes los que crean las fronteras que los distinguen de los grupos dominados.

Desde la teoría de Gilberto Giménez⁸² quien enfatiza que el contexto cultural es determinante en la conformación de la identidad social de los sujetos colectivos. Para este autor la identidad social es la auto y hetero percepción colectiva de un “*nosotros*” relativamente homogéneo y estabilizado en el tiempo (in- group), por oposición a “los otros” (out-group) en función del auto y hetero reconocimiento de caracteres, marcas y rasgos compartidos (que funcionan también como signos o emblemas), así como de una memoria colectiva común.⁸³ Agrega que la identidad es “*el conjunto de repertorios culturales interiorizados (representaciones, valores, símbolos) a través de los cuales los actores sociales (individuales o colectivos) demarcan sus fronteras y se distinguen de los demás actores en una situación determinada, todo ello dentro de un espacio históricamente específico y socialmente estructurado*”⁸⁴

⁸¹ Aquiles Chihu. Sociología de la Identidad. Editorial Miguel Ángel Porrúa México 2002 Pág. 5

⁸² Gilberto Giménez doctor en Sociología por la Universidad de la Sorbona (Paris III). Investigador en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Una de sus líneas de investigación más importante es de la identidad social.

⁸³ Gilberto Giménez. Teoría y análisis de la cultura. Vol. I y II CONACULTA Colección Intersecciones. México 2005

⁸⁴ Gilberto Giménez. Paradigmas de Identidad. En Sociología de la Identidad. Editorial Miguel Ángel Porrúa México 2005 pág. 38

Dichos elementos derivan, por lo general, de la interiorización selectiva y distintiva de determinados repertorios culturales por parte de los actores sociales. Por esto, puede decirse que la identidad es uno de los parámetros obligados de los actores sociales y representa en cierta forma el lado subjetivo de la cultura.⁸⁵ Así, la identidad se construye simbólicamente a partir del discurso social común, en el cual existen creencias y representaciones sociales e históricas de reconocimiento del individuo y de los otros.

La identidad busca acentuar los contrastes y marcar las diferencias mediante criterios o rasgos distintivos, entre los que destacan el de los orígenes –mito fundador, lazos de sangre, antepasados, suelo natal, tradición, etc.- y los rasgos estables como el lenguaje, la religión, el estilo de vida, la división del trabajo y los modelos de comportamiento. Esta circunstancia lleva a la recapitulación de luchas simbólicas de poder pasadas y actuales, lo cual da lugar a equilibrios temporales en la correlación de fuerzas configurándose posiciones dominantes y dominadas, donde los primeros pugnan por imponer su definición de identidad social, presentada como única identidad legítima y donde los dominados pueden aceptar la definición o subvertirse a ella. En suma, *“la identidad de un actor social emerge y se afirma sólo en la confrontación con otras identidades en el proceso de interacción social, la cual frecuentemente implica relación desigual y, por ende, luchas y contradicciones”*

86

En este sentido se considera que la identidad es parte de la idea de distinguibilidad. La posibilidad de distinguirse debe ser reconocida por los demás en contextos de interacción y de comunicación, que moviliza tanto al hablante como al interlocutor.

Para Giménez, los elementos diferenciadores de la identidad de las personas son:

- 1) la pertenencia a una pluralidad de colectivos (categorías, grupos, redes y grandes colectividades)

⁸⁵ Ídem pág. 90

⁸⁶ Ídem pág. 22

- 2) la presencia de un conjunto de atributos idiosincrásicos o relacionales
- 3) una narrativa biográfica que recoge la historia de vida y la trayectoria social de la persona considerada.

Sobre la pertenencia Giménez manifiesta que la pluralidad de pertenencias no eclipsa la identidad personal, sino que es eso la que la define y constituye. La pertenencia social implica “*la inclusión de la personalidad individual en una colectividad hacia la cual se experimenta un sentimiento de lealtad*”⁸⁷ y la inclusión se da asumiendo algún rol dentro de la colectividad y mediante la apropiación e interiorización del complejo simbólico-cultural que funge como emblema de la colectividad.

La pertenencia social puede ir desde la membrecía nominal hasta la membrecía militante y no excluye la posibilidad del disenso; además es posible pertenecer a grupos y colectividades pero también a ‘redes sociales’ entendidas como “*relaciones de interacción coyunturalmente actualizadas por los individuos que las constituyen*”⁸⁸

Las representaciones sociales son marcos de percepción y de interpretación de la realidad que guían los comportamientos y prácticas de los agentes sociales. Compartir un complejo simbólico-cultural permite entender a las representaciones sociales como construcciones socio -cognitivas propias del sentido común, que pueden definirse como “*conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes a propósito de un objeto determinado*”⁸⁹. Son una forma de conocimiento socialmente elaborado, compartido y orientado a la práctica que contribuye en la construcción de una realidad común de un conjunto social.

Por su parte, los atributos identificadores son un conjunto de características tales como disposiciones, hábitos, tendencias, actitudes o capacidades y algunos funcionan como rasgos de personalidad mientras que otros son de tipo relacional en tanto que denotan características de socialidad. Finalmente, la

⁸⁷ Ídem pág. 23

⁸⁸ Ídem pág. 23

⁸⁹ Ídem pág. 25

narrativa biográfica como marco también requiere el intercambio interpersonal. El *self-narration* reconfigura actos y trayectorias personales del pasado para darle sentido.⁹⁰

El valor positivo o negativo que se le da a la identidad es otro de los elementos característicos de la identidad social⁹¹. Los actores sociales tienden a valorar positivamente su identidad, lo que estimula la autoestima, la creatividad, el orgullo de pertenencia, la solidaridad grupal, la voluntad de autonomía y la capacidad de resistencia contra la penetración excesiva de elementos exteriores. Sin embargo, también se puede tener una representación negativa de la identidad, porque se hayan introyectados estereotipos o estigmas de los actores que ocupan la posición dominante en la correlación de fuerzas materiales y simbólicas, imponiendo la versión 'legítima' de la identidad. En estos casos, la percepción negativa de la identidad produce frustración, desmoralización, complejo de inferioridad, insatisfacción y crisis.⁹²

Por último, Alain Touraine⁹³ concibe a la identidad social como la definición que el actor da de sí mismo dentro de un contexto histórico y político determinados. En este escenario, el actor apela a la conciencia para definir su identidad en relación a otros actores y clases sociales, con quienes puede establecer conflicto o acuerdo social. En este sentido, la comprensión de la identidad se circunscribe al estudio de los movimientos sociales en los que se toma conciencia del adversario y del objeto de la lucha.⁹⁴

⁹⁰ Ídem pág. 27

⁹¹ Gilberto Giménez .Op. cit pág. 38

⁹² Ídem pág. 35

⁹³ Alain Touraine, sociólogo contemporáneo francés. Sus principales investigaciones tratan sobre la sociedad post-industrial (su trabajo se basa en la sociología de la acción y cree que la sociedad forma su futuro a través de mecanismos estructurales y de sus propias luchas sociales) y los movimientos sociales (de América Latina y Polonia).

⁹⁴ Alain Touraine. Producción de la sociedad. Editorial UNAM-IFAL México 1995 pág. 250

2.4. La Identidad Social: La Propuesta de Claude Dubar

Como se mencionó anteriormente, para Dubar la identidad social no es una esencia, un atributo o una propiedad intrínseca del sujeto, sino que tiene un carácter intersubjetivo y relacional. Es entendida como el resultado de un proceso de *“identificación contingente”* basado en una doble operación lingüística: diferenciación y generalización. La primera define la singularidad y la segunda atiende al nexo común que se estructura en la idea de pertenencia. Esta paradoja se resuelve gracias al elemento común en ambas operaciones: la identificación de y por el otro.⁹⁵

En este sentido, la identidad se concibe como la autopercepción de un sujeto con respecto a otros, a lo que corresponde a su vez al reconocimiento y la aprobación de los demás. Así mismo las autodefiniciones de los actores no están determinadas por el contexto sino que dependen de la articulación y lectura interpretativa que hace el sujeto de su historia de vida desde su trayectoria vital y proyección a futuro (eje diacrónico⁹⁶) y en el contexto de acción (eje sincrónico⁹⁷).

Las propuestas de Dubar son muy útiles para analizar la identidad social dentro de la lógica de socialización, concebida como un proceso de construcción y reconstrucción de las identidades que están ligadas a varias esferas de actividad y en las cuales se debe aprender a convertirse en actor. La relación entre las diversas esferas de actividad es esencial en la construcción de la subjetividad, lo cual permite la producción comprensiva y narrativa de una identidad personal articulada. De aquí que la identidad se construya permanentemente *“a lo largo de la vida y en compañía de los otros, es decir, como un producto de socializaciones sucesivas”*⁹⁸

⁹⁵Claude Dubar. La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación. Edición Bellaterra, Barcelona España 2002 pág. 11

⁹⁶ El Eje Diacrónico se refiere a los fenómenos que ocurren a lo largo del tiempo, así como los estudios referentes a ellos

⁹⁷ El Eje Sincrónico se refiere a lo que sucede inmediatamente, es decir, los movimientos que se realizan al mismo tiempo.

⁹⁸ Ídem pág. 5

Dubar denomina “*actos de atribución*” a la identidad dada por otros, es decir, a los que definen “*el tipo de hombre que se es*”, mientras que llama “*actos de pertenencia*” a los que explican “*el tipo de hombre que uno quiere ser*”, es decir, el definido por sí mismo. Es en esta dualidad en la que se generan identificaciones problemáticas entre las definiciones oficiales dadas por la otredad (socialización relacional) y las subjetivas (socialización biográfica) generadas por sí mismo y sujetas al reconocimiento del otro.

En otras palabras, la identidad social es resultado de la articulación de estos dos procesos de socialización:

- 1) la atribución de la identidad dada por los agentes y las instituciones en interacción directa con el individuo (que en forma de etiquetamiento produce lo que Goffman llamó “*identidades sociales virtuales*”)
- 2) la interiorización de la identidad por parte de los propios individuos mediante la narrativa legitimada por sí mismos y por su grupo de pertenencia (denominadas por Goffman “*identidades sociales reales*”)

Estos dos ejes de biografía y relación se combinan para definir lo que Dubar llama “*formas identitarias*”, es decir, formas sociales de identificación de los individuos en relación con los otros y durante su vida.⁹⁹

En la categorización de las formas identitarias, Dubar establece una clasificación entre formas comunitarias y formas societarias. Las primeras se basan en la existencia de “*agrupaciones denominadas comunidades consideradas como sistemas de lugares y nombres preasignados a los individuos y que se reproducen idénticamente a lo largo de las generaciones*”¹⁰⁰

En este enfoque, cada individuo tiene una pertenencia y una posición en tanto que es miembro de su “*comunidad*”. Se trate de culturas, naciones, etnias o corporaciones, existe la creencia de que los grupos de pertenencia son fuentes de poder esenciales para la identidad; estas formas de identificar a los individuos persisten en las sociedades modernas.

⁹⁹Hedald Tolentino. Orientaciones y significados del trabajo en un grupo de enfermeras de elite en la Cd. de México. Madrid, UAM-Anthropos. 2007 pág- 104

¹⁰⁰ Ídem pág.13

Por su parte, las formas societarias suponen la existencia de *“colectivos múltiples, variables y efímeros a los que los individuos se adhieren por períodos limitados y que proporcionan recursos de identificación que se les plantean de manera diversa y provisional”*.¹⁰¹

Esta perspectiva apela a la primacía del sujeto sobre las pertenencias colectivas y por tanto a la mayor importancia de las identificaciones *“para sí”* a modo de elecciones personales, dentro de los grupos familiares, profesionales, religiosos o políticos.

Por lo que Dubar identifica cuatro maneras de nombrar a la combinación de transacciones de relación (comunitarias y societarias) y de transacciones biográficas (para los otros y para sí) que han surgido a lo largo del devenir histórico.¹⁰² Las formas básicas son: la *“forma cultural”*, la *“forma narrativa”* y entre ambos conceptos se sitúan dos formas intermedias de identidad: la *“forma reflexiva”* y la *“forma estatutaria”*.

La forma comunitaria que modela a un Yo definido por los rasgos culturales es llamada *“forma cultural”* o *“forma biográfica para los otros”* y es la que se deriva de la inclusión de los individuos en una familia y en un *“Yo nominal”*. Apela a la pertenencia a un grupo local y a la cultura heredada por la lengua, creencias y tradiciones.

Por su parte, la *“forma societal”* lleva a la unión de un *Nosotros* contingente con un Yo estratégico, dando una *“forma narrativa”* de socialización también llamada forma *“biográfica para sí”* desde la cual se da el cuestionamiento de las identidades atribuidas y un proyecto de vida. Es *“la historia que cada uno se cuenta a sí mismo sobre lo que es”*¹⁰³. El Yo narrativo es una necesidad de reconocimiento de la otredad y es el indicio de la búsqueda de autenticidad y la continuidad que da sentido a la existencia.

La *“forma reflexiva”* o también llamada *“de relación para sí”* es la que resulta de la alianza de un *Nosotros* comunitario y de una forma de Yo a la vez íntima y

¹⁰¹ Ídem pág. 13

¹⁰² Ídem pág. 64

¹⁰³ Laing Ronald, citado en Dubar, 2002 pág. 68

volcada hacia el interior. En esta categorización se apela a la construcción de una conciencia reflexiva que acepta un compromiso a partir de un sentido subjetivo y que implica la identificación con pares que comparten el mismo proyecto. A este Nosotros compuesto de allegados y semejantes corresponde una forma de Yo llamada “*Sí- mismo reflexivo*” y corresponde con la cara del Yo que cada uno desea que conozcan los otros significativos. La forma reflexiva se sustenta en una identidad reivindicada y unificadora.

La “*forma estatutaria*” surge de la combinación de un Nosotros societario de tipo estatal, burocrático e institucional y una estructura del Yo de tipo estratégico, orientada hacia el exterior. Esta forma también llamada “*de relación para los otros*” se define en y por las interacciones dentro de un sistema jerarquizado y se construye a partir de obligaciones de integración en las instituciones como la familia, la escuela, los grupos profesionales o el Estado. Se define por la capacidad de socializar desde la adopción de papeles sociales múltiples.

Una característica fundamental de la identidad es su capacidad de perdurar en el tiempo y el espacio, por lo que dentro del contexto de interacción los otros esperan que nosotros seamos estables y constantes en la identidad que manifestamos. De aquí que la identidad social requiera de contextos de interacción estables, a los cuales los fenomenólogos y etnometodólogos les han llamado el *mundo de la vida* que es el conocido en común y en el que se comparten representaciones sociales, tradiciones, expectativas, saberes y esquemas comunes. Así, se debe postular una relación de determinación recíproca entre la estabilidad de los contextos de interacción y la identidad de los actores. Esta permanencia se caracteriza por manifestar una continuidad en el cambio, es decir, dentro de un proceso dinámico de recomposiciones y rupturas.

Cuando no existe concordia entre la identidad social virtual y la real surgen estrategias identitarias que buscan reducir la distancia entre las transacciones objetivas y subjetivas. Por el contrario, la articulación de ambas transacciones

es la llave del proceso de construcción de identidades sociales.¹⁰⁴ Ambas transacciones comparten el mecanismo de la tipificación, el cual apela al uso de tipos identitarios o también llamados modelos socialmente significativos para realizar combinaciones coherentes de identificaciones fragmentarias

Con todo lo anterior, es que Dubar se eligió para sustentar la investigación, y poder sintetizar en la siguiente definición que ofrece a su propuesta teórica sobre la identidad social: *“la identidad no es otra cosa que el resultado, a la vez estable y provisional, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de diversos procesos de socialización que conjuntamente construyen los individuos y definen las instituciones”*¹⁰⁵

2.4.1. La identidad profesional

La profesión define a un grupo de individuos de una disciplina que se adhiere a lineamientos cognoscitivos, éticos y prácticos delimitados por ellos mismos y respaldados institucionalmente. El grupo profesional posee un reconocimiento social como portador de los recursos necesarios para brindar un servicio a la sociedad, el cual está basado en los conocimientos y habilidades aprendidas dentro de instituciones de nivel superior. Es decir como lo apunta Ballesteros: *“que una profesión, tiene como característica tener una pericia especial, basada en un aprendizaje extenso y en un conocimiento abstracto”*¹⁰⁶

El concepto de profesión surge junto con la revolución industrial, al centrarse el trabajo dentro del campo de lo económico. Lo que generó el nacimiento de las profesiones tal como hoy las personificamos, inmersas en el surgimiento de la sociedad industrial y de la división del trabajo.¹⁰⁷

La categoría de identidad profesional parte del supuesto de que el ejercicio de la profesión es central en la construcción y reconstrucción de la identidad social. La identidad profesional pretende identificar el modo en el que la dimensión profesional es determinante en la manera que tiene un grupo

¹⁰⁴ Ídem pág. 111

¹⁰⁵ Ídem pág. 109

¹⁰⁶ Ponencia de Arturo Ballesteros titulada “La sociología de las profesiones” en el Primer Encuentro de Sociología de la Universidad Autónoma Metropolitana, 2007

¹⁰⁷ Reinterpretación de explicación del Prof. Jorge Munguía Espita en la clase del día 19/10/2011

profesional para autodescribirse en ciertas representaciones que le permitan diferenciarse y comparar su práctica con las de otros grupos profesionales, puesto que *“es en la confrontación con el mercado de trabajo donde se sitúa hoy en día la apuesta identitaria más importante de los individuos de la generación de la crisis”*¹⁰⁸ De aquí que la dimensión profesional sea una de las más destacadas para la identidad social y por ello tanto el empleo como la formación se posicionen como dos campos de socialización altamente significativos.

Las identidades profesionales son entendidas como formas identitarias en el sentido de configuraciones *Yo-Nosotros* que se localizan en el ámbito de las actividades de trabajo remuneradas. Son formas socialmente reconocidas de identificarse en el ámbito del trabajo y del empleo en el sentido de relaciones sociales y de trayectorias biográficas de vida laboral¹⁰⁹ Así, la identidad profesional es tomada como resultado de procesos colectivos de interacción, en donde se articulan tanto lo individual como lo social de los sujetos en la constitución de sus identidades. Son el complejo de representaciones profesionales adquiridas en el proceso de interacción durante su formación profesional que permiten diferenciarse o identificarse de otros grupos profesionales en cuanto a su ser y quehacer profesional.

La identidad profesional dependerá de la definición desde sí mismo y desde la otredad en cuanto a componentes como las competencias, el estatus, la carrera posible, la construcción de proyectos y las aspiraciones. Este ejercicio construirá una *“identidad profesional de base”* que permitirá una proyección de sí para el porvenir y que por lo tanto orientará la trayectoria de empleo y la lógica de aprendizaje o formación. Esto se traduce como puntualmente lo dice Dubar a que *“no se trata sólo de elegir un oficio o profesión o de obtener un diploma, sino de la construcción personal de una estrategia identitaria que pone en juego la imagen del Yo, la apreciación de capacidades y la realización de deseos”*¹¹⁰

¹⁰⁸ Ídem pág. 117

¹⁰⁹ Ídem pág. 113

¹¹⁰ Ídem pág. 120

Recuperando a Dubar y Torres quienes plantean que la familia y la escuela, como contextos socialmente estructurados, constituyen las bases de lo que podríamos llamar la identidad laboral profesional, pues en estas esferas sociales es donde se determinan factores positivos o negativos que se reflejaran en lo personal y lo profesional. Y agregan que la salida del sistema escolar y la consecuente confrontación con el mercado de trabajo son eventos clave puesto que también se elabora *“una proyección de ser en el futuro, la anticipación de una trayectoria de empleo y la ejecución de una lógica de aprendizaje, o mejor dicho, de formación de una identidad profesional”* ¹¹¹

En este sentido, para Dubar *“la identificación con una carrera y el compromiso con un cierto tipo de actividades, en un contexto de experiencias relacionadas con la estratificación social, la discriminación étnica y sexual, así como frente a una estructura desigual de acceso a los diferentes espacios formadores o educativos es a lo que podríamos denominar la construcción de una identidad profesional”* ¹¹²

La construcción de la identidad profesional depende de las características de las relaciones laborales, lo cual involucra el factor de la búsqueda del poder. Así, el reconocimiento de la identidad profesional está íntimamente ligado a la legitimación de saberes y competencias y al lugar que ocupa el individuo dentro del grupo de pertenencia.

Por su parte Navarrete ¹¹³ anota que la identidad profesional *“es la forma en que el sujeto se apropia de un proyecto profesional- institucional, correspondiente a un campo disciplinar, y de lo que ese proyecto y ese campo implican en tanto espacio y medio de constitución- formación”* ¹¹⁴ En este proceso destacan elementos que ofrecen rasgos identitarios que se derivan de la relación interactiva experiencial, como son los elementos referenciales del plan de estudios, la comunidad educativa y el ejercicio laboral durante la trayectoria universitaria y posterior a ella.

¹¹¹ José Luis Torres. Op. cit. pág.32

¹¹²Ídem pág.32

¹¹³Zaira Navarrete. Construcción de una identidad profesional Revista Mexicana de Investigación Educativa 2008 pág. 146

¹¹⁴Ídem pág.146

Torres (2005) señala que la identidad profesional también implica dos momentos clave:

1. El proceso de construcción personal de una estrategia identitaria para sí
2. La confrontación de la estrategia identitaria con la incertidumbre que generan las transformaciones tecnológicas, organizacionales y de la gestión del empleo, lo cual reduce las posibilidades de tener una estrategia identitaria definitiva

Para el abordaje empírico de la identidad profesional, Dubar se manifiesta como partidario de la recolección de narraciones de vida, puesto que éstas permiten observar las correlaciones que son significativas entre los diferentes campos de la identidad profesional y por considerarlas como fuentes extremadamente ricas para este tipo de análisis sociológico.

Coincidentemente Chihu anota que la identidad profesional debe ser reconstruida *“a partir de un análisis de trayectorias laborales en la que se conjugan tanto las prácticas laborales como las representaciones de los individuos, tanto la definición profesional de sí mismo como la definición que les asignan los otros: colegas, jefes y subordinados”*¹¹⁵

2.4.2. La crisis de la identidad profesional

Tras una revisión histórica del desarrollo del pensamiento social, Dubar (2002) afirma que no existe en el siglo XXI ninguna forma identitaria (cultural, narrativa, reflexiva, estatutaria) que sea dominante y que dé certidumbre a los sujetos y a los grupos. De ahí que las configuraciones se encuentren *“en crisis”* y que se presenten combinadas por las personas según los recursos identitarios de que disponen. Las crisis son las *“puestas a prueba de la gestión identitaria que los individuos deben hacer de sí mismos y de los otros, en todos los aspectos de la vida social y en todas las esferas de la existencia personal”*¹¹⁶ Así mismo utiliza, el concepto de crisis con el sentido de la *“fase difícil atravesada por un grupo o individuo”* y que remite a una ruptura del

¹¹⁵Aquiles Chihu. Op. cit. pág. 80

¹¹⁶Ídem pág. 69.

equilibrio entre diversos componentes, es decir, entre la categorización de los demás y la de uno mismo.

En las últimas décadas se ha estado viviendo una crisis de identidad vinculada a las transformaciones sociales, económicas y culturales de la llamada era de la globalización, lo cual transforma a las instituciones que hasta los años setenta funcionaban como espacios de integración de los individuos y a través de las cuales se constituían identidades fuertemente articuladas por largos periodos de tiempo. Estos nuevos reordenamientos han afectado la naturaleza de la vida cotidiana trastocando la dinámica individual y colectiva, de ahí que el estudio de la identidad se haya vuelto central para diversos autores y desde varios puntos de vista disciplinarios.

Algunos autores como Berger (1968) y Chihu (2002) coinciden que la sociedad moderna tiene múltiples mundos de la vida autónomos y hasta contradictorios entre sí. El actor moderno tiene la característica de poder elegir entre los mundos de vida que puede habilitar, en este sentido tiene la capacidad para plantearse conscientemente un proyecto de vida, lo cual fundamenta su identidad¹¹⁷ Frente a la vida moderna fuertemente segmentada, la biografía se muestra como una migración a través de los mundos sociales y de cierto número de posibles identidades. *“El carácter abierto de la identidad moderna produce que el individuo se encuentre atormentado por una crisis de identidad permanente, condición que involucra una ansiedad constante”*¹¹⁸

La vida moderna social establece procesos de reorganización del tiempo y el espacio ligados a mecanismos de desenclave, es decir, a mecanismos que sitúan a la acción en circunstancias locales específicas y no en momentos fijos. Este elemento involucra el principio de la duda radical lo cual genera angustia e incertidumbre sobre la interacción y sobre el futuro social. En este sentido, los agentes optan por establecer nociones de confianza que permitan proteger al Yo del riesgo que genera el carácter universalizante del sistema social, en el que se involucra la influencia de sucesos distantes sobre la intimidad del Yo a

¹¹⁷ Ídem pág. 22

¹¹⁸ Ídem pág. 23

través de los medios de comunicación impresos y electrónicos. Es decir, la identidad del Yo se convierte en una tarea que refleja mantener una crónica biográfica coherente dentro de un contexto de elección múltiple en sistemas inciertos, por lo que de aquí se desprende la importancia de la elección de un estilo de vida para definir la identidad del Yo y para permitir la actividad cotidiana.

Esta crisis muestra un desmoronamiento de los principios ilustrados modernos que daban sentido a los sistemas. Consecuentemente, los cambios del modelo tradicional de profesionalismo desestabilizan el ejercicio profesional y resultan en la configuración de identidades múltiples y emergentes.¹¹⁹

Bolívar¹²⁰ menciona que la profesión era uno de los ejes sobre los que se asentaba y daba solidez a la biografía. Las nuevas condiciones de trabajo han roto la continuidad de la carrera laboral que vertebraba las vidas modernas, disgregándose una de las sedes de la identidad profesional y personal, puesto que las carreras laborales presentan ahora un elevado nivel de flexibilidad y precariedad fragmentando a la identidad profesional.

En este contexto de inestabilidad, la identidad depende de identificaciones contingentes dadas por los otros para reivindicar al propio sujeto y de las trayectorias individuales, las cuales son variables según los contextos sociales, dando diversas configuraciones identitarias. De esta manera, en un escenario de crisis identitaria no surgen expectativas de vida sino incertidumbre y ansiedad que llevan al establecimiento de un conjunto de dinámicas y estrategias biográficas, relacionales y contextuales que contribuyen a darle sentido a la articulación entre lo individual y lo estructural, a través de un doble proceso de atribución: el dado por las instituciones e individuos en interacción y el dado por sí mismo y denominado de incorporación. En el primer proceso es particularmente relevante la inserción o inducción profesional puesto que permite asimilar saberes que fundamentan la práctica profesional y alientan el sentimiento de verse reconocido por los otros. Por su parte, los años de

¹¹⁹Antonio Bolívar (et.al) Políticas educativas de Reforma e identidades profesionales: el caso de la educación secundaria en España. Archivos analíticos de políticas educativas. España 2005 pág. 4

¹²⁰ídem pág. 5

ejercicio profesional posteriores contribuyen mayormente a asentar o a reformular dicha identidad primaria.

La primera crisis identitaria ocurre cuando la identidad de base (proveniente de la formación universitaria inicial) choca con las demandas del ejercicio profesional. Por lo que se genera “sentimientos de angustia e impotencia” que llevan a reconstruir la identidad por aspectos determinantes durante la crisis.

Un factor que contribuye a esta primera crisis de identidad ocurre cuando la formación profesional está muy alejada de las expectativas del ejercicio profesional, es decir, no se está formando para lo que realmente se quiere ejercer. De aquí que la contribución a una formación específica y practica sea un modo de producir una identidad profesional más adecuada a la realidad.

Esta crisis también puede darse por una ruptura en el equilibrio de diversos factores íntimamente relacionados con la identidad individual, como por ejemplo: la desvalorización del estatus profesional, deterioro de las condiciones del ejercicio profesional, modificación de las metas profesionales; y que en algunos casos puede generarse una ruptura entre la trayectoria anterior del sujeto y su proyección en el futuro.

2.4.3. La identidad profesional del Oncólogo Pediatra

Conveniente asentar que la identidad es cambiante y a la vez particular según las características de los miembros del grupo de referencia, y por lo tanto la identidad profesional de los oncólogos pediatras debe comprenderse desde sus propios contextos y actores, sin intentar compararlos con la dinámica de otro tipo de subespecialistas del área médica.

En la literatura es posible notar elementos que describen el ser y el quehacer de los oncólogos pediatras como por ejemplo: *“La Oncología Pediátrica es una subespecialidad que nace como respuesta a una demanda de la profesión médica y de la sociedad en general para cubrir una necesidad evidente, como*

*es la de proporcionar asistencia médica a un grupo de niños que padecen enfermedades malignas*¹²¹

Entre otros elementos que provocan una identidad profesional del oncólogo pediatra y que puede ser solo una apariencia de la profesión: que de todas las subespecialidades médicas los oncólogos pediatras son los profesionales más calificados, que siempre están en una constante búsqueda de conocimientos que los mantenga actualizados para realizar diagnósticos y tratamientos eficaces, etc.

Un aspecto más tiene que ver con la imagen y que está asociada a que realizan una gran actividad por salvar vidas a los pacientes que atienden, sin tomar en cuenta que es su trabajo, una profesión, que la dedicación o conocimiento son elementos que ayudan de forma directa e indirecta durante la atención médica a estos pacientes y que estos pueden llevar a situaciones exitosas así como a otras muy desfavorables.

A esto se suma que el ejercicio del oncólogo pediatra tiene escenarios concretos de representación simbólicos, además que en la práctica real son extremadamente variadas y que se encierran en una microsociedad. Pueden llegar a ser ego centristas al sentirse superior con sus mismos pares, dependiendo de los logros y la trayectoria profesional que los caracterice, y de la misma opinión pública. En ocasiones pueden llegar a ser vistos como médicos todos poderosos, por poder curar una enfermedad maligna o unos insensibles y poco profesionales por no aportar los elementos médicos necesarios que puedan ayudar a mejorar la salud del paciente sin que tenga que llegar a la muerte. Al fin de cuentas son seres humanos que se preparan profesionalmente para ayudar a mejorar males específicos de los pacientes pediátricos, y que como parte de una sociedad se enfrentan a circunstancias exitosas y no exitosas.

¹²¹ Mónica Pacheco y Luis Madero. Oncología Pediátrica. Revista de Psicooncología Vol. 0, Núm. 1 Madrid España 2003 pág. 107-116

Capítulo III

Resultado y análisis de los datos obtenidos en la Investigación

Partiendo del supuesto de que la identidad profesional de los oncólogos pediatras es un proceso que se construye permanentemente entre la interacción del Yo y el alter, y que se despliega dentro de contextos laborales, formativos y familiares, se puede decir su construcción involucra la noción de pertenencia y de distinguibilidad hacia otros grupos, lo cual puede identificarse en la narración biográfica que los mismos sujetos realizaron y que tiene relación con los contextos ya mencionados. Es por eso que este capítulo tiene como finalidad exponer los resultados y el análisis de la investigación en torno al objeto de estudio explorado.

En específico lo que se muestra con este trabajo de investigación es conocer cómo los médicos residentes subespecialistas que están en formación de la subespecialidad de oncología pediátrica crean su identidad, ya que durante cinco años están inmersos en un ambiente hospitalario y esto los vulnera de cierta forma cuando tienen que enfrentarse a su vida profesional y a la dinámica social fuera del Hospital.

En este sentido y en virtud que el interés de la investigación se centró en estudiar el proceso de construcción de la identidad profesional partiendo de las interrogantes ¿Cómo se construye la identidad profesional de los médicos residentes en oncología pediátrica durante su formación como subespecialistas?, ¿Qué y quiénes influyen en estos profesionales para construir esa identidad?, ¿Cómo enfrentan la realidad al dejar de ser residentes y convertirse en oncólogos pediatras?

Para poder contestar las interrogantes anteriores, se partió en realizar una selección de 14 sujetos que se encontraban entre el grado del R-IV y RV de formación de la subespecialidad de oncología pediátrica, y aquellos que ya habían egresado, los cuales en su mayoría se habían formado en el INP durante la subespecialidad. Así, como conocer su trayectoria académica desde que iniciaron la carrera universitaria hasta el último grado académico obtenido.

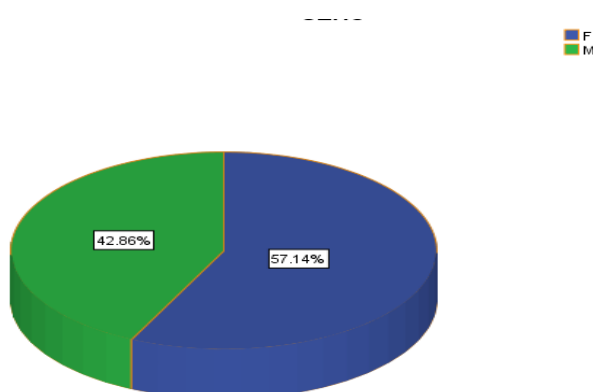
Con respecto al rango de edad de los sujetos entrevistados estas están entre los 29 y 47 años (véase cuadro 5); este elemento permitió entender que en algunos casos llevan 11 y/o 29 años estudiando desde que iniciaron el nivel superior y que han dedicado a su formación profesional.

Cuadro 6. Rango de edades de los sujetos entrevistados

	N	Mínimo	Máximo
EDAD	14	29	47

El siguiente dato corresponde al sexo de los sujetos, donde se muestra el porcentaje de hombres y mujeres que se entrevistaron.

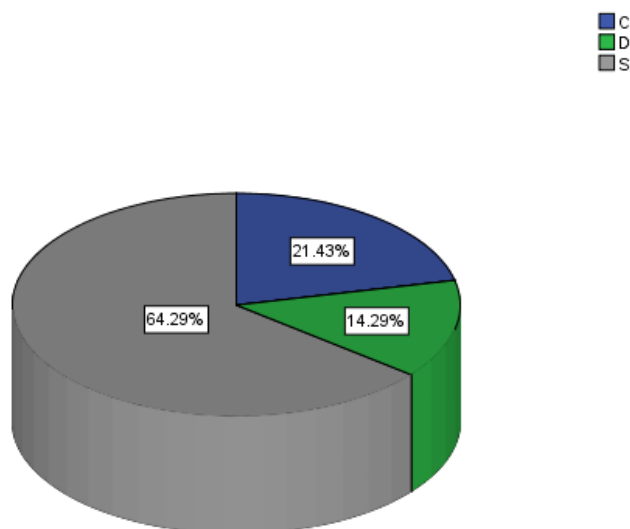
Gráfica 3. Porcentajes de sexo de los sujetos entrevistados



Esta gráfica es muy representativa en la historia de los residentes que se han formado en oncología pediátrica, por lo siguiente, de los 105 Oncólogos Peditras formados en el INP desde 1978 hasta 2014, donde 69.52% son mujeres y solo el 30.47% son hombres, esto permite interpretar que es una subespecialidad que se ha feminizado con el tiempo.

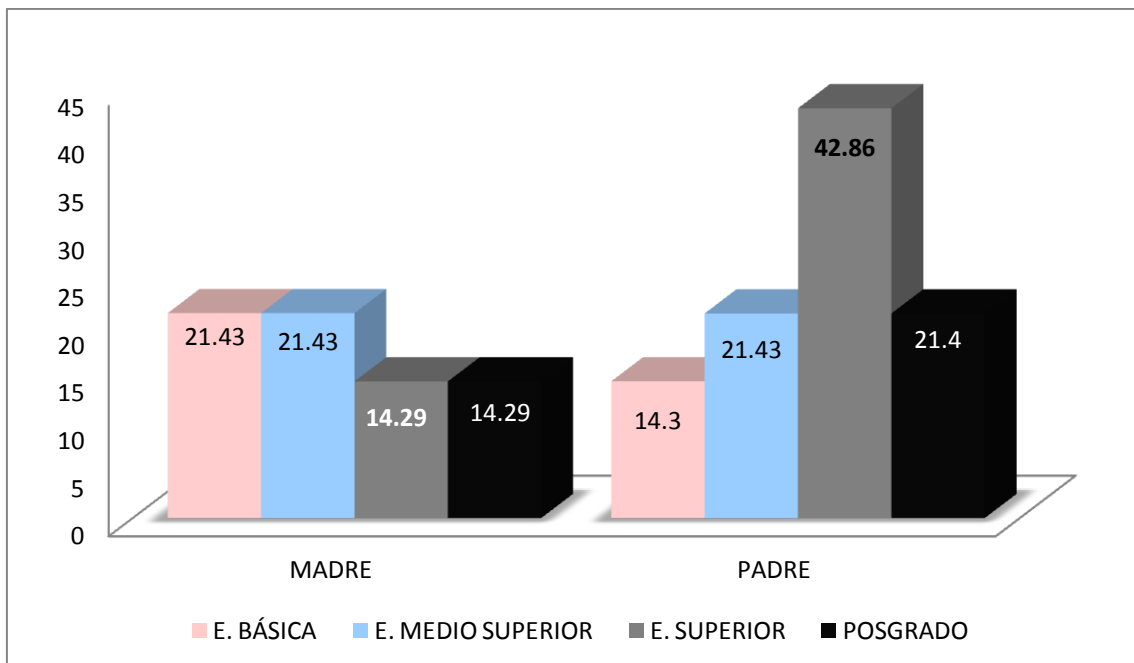
Respecto al estado civil que los sujetos presentaban hasta el momento de que realizó la investigación, (véase gráfica 4), la cual muestra el que el 64.29% son soltero (S), lo que puede indicar que esta área de la medicina exige dejar a un lado la vida personal para dedicarla a la vida profesional. En relación los que se encuentran divorciados (D) 14.29%, obedece a su propia decisión y no necesariamente por dedicarse a sus estudios profesionales. Por último los que se encuentran casados (C) 21.43% tienen muchos años de matrimonio, o son recién casados.

Gráfica 4. Estado civil de los 14 sujetos entrevistados



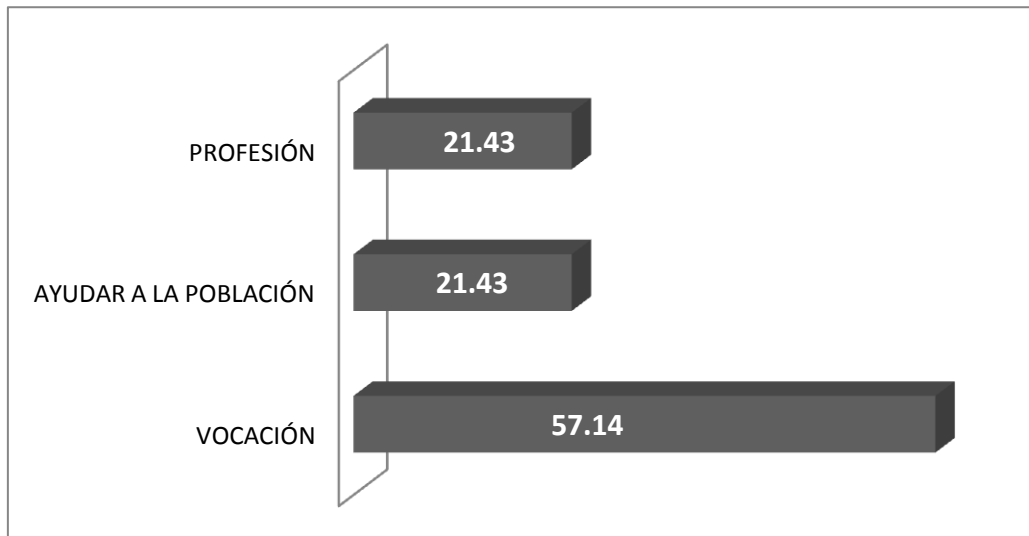
En relación a la escolaridad de los padres (véase gráfica 5) se observa que la madre en su mayoría, solo cuenta con educación básica (EB); mientras el padre tiene mayor preparación académica al contar con licenciatura y en algunos casos con posgrado, lo que puede suponer una influencia significativa del padre para que sus hijos continúen con una carrera a nivel superior

Gráfica 5. Escolaridad de los padres



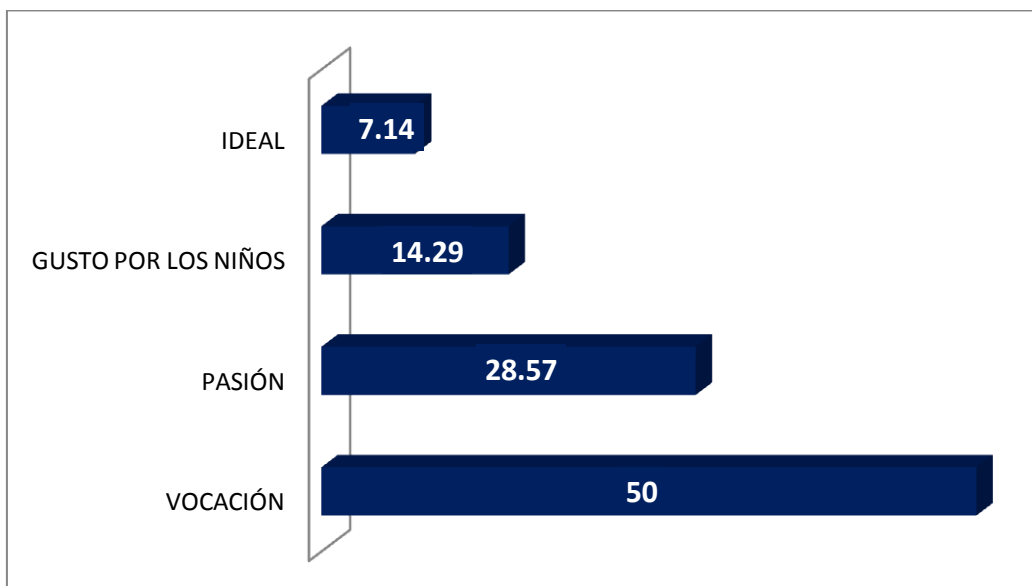
Las siguientes graficas (véase graficas 6,7 y 8), corresponde a la elección profesional, donde se muestra los motivos de la elección desde la carrera universitaria hasta la subespecialidad. En la gráfica 6 que corresponde con la elección de la carrera se muestra que la opción de mayor frecuencia fue por vocación 50% y subsecuentemente para ayudar a la población y como una profesión 21.43% cada uno.

Gráfica 6. Motivos de elección de la Carrera de Medicina



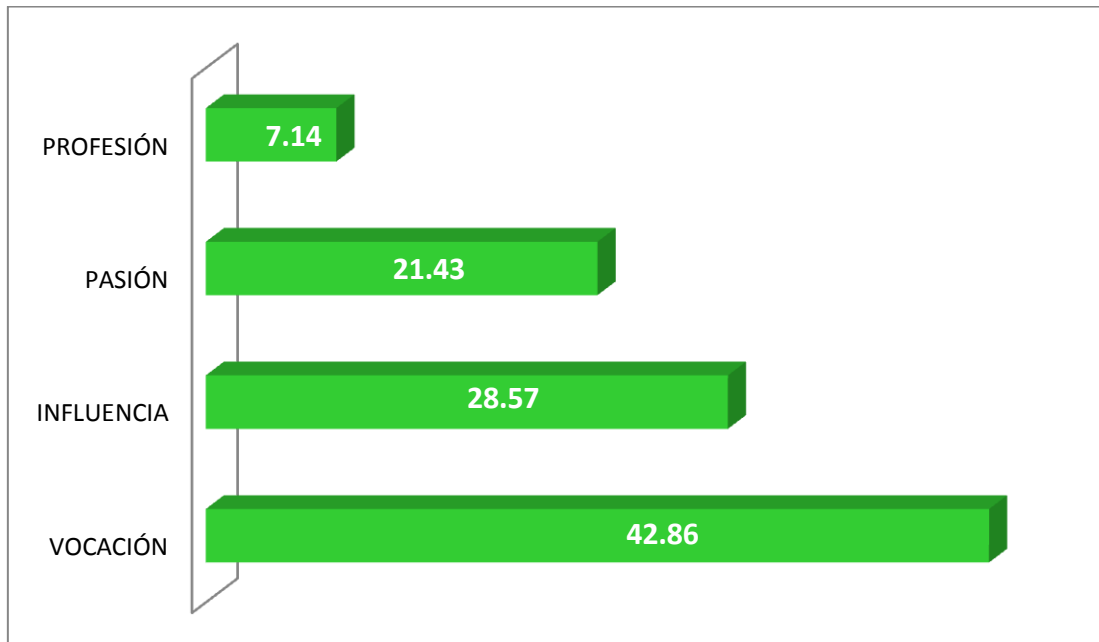
En el caso de la gráfica 7, que muestra la elección por la especialidad de Pediatría, se concluye que el porcentaje más alto corresponde a la vocación para ejercer como Peditra 50%, subsecuentemente por pasión a esa área de la medicina 28.57%, porque le gustan los niños 14.29% y por ultimo como ideal para mejorar la salud infantil 7.14%.

Gráfica 7. Motivos de elección de la Especialidad en Pediatría



Y por ultimo en la gráfica 8, que corresponde a la elección por la subespecialidad de Oncología Pediátrica se observa que el porcentaje más alto nuevamente es la vocación 42.86%, el segundo más frecuente por algún tipo de influencia 28.57%, tercero pasión a esa área de la medicina 21.43% y por ultimo como una profesión 7.14%.

Gráfica 8. Motivos de elección de la Subespecialidad en Oncología Pediátrica



Por otra parte, se utilizó la técnica de la entrevista semiestructurada fundamentando esta decisión en recuperar el testimonio de los sujetos sobre su percepción que tienen de sí mismos al interactuar en los distintos contextos del llamado mundo de la vida cotidiana; y para entender los significados identitarios que éstos vertieron durante una conversación centrada en el tema de la identidad profesional.

La entrevista facilitó también, el acercamiento a la subjetividad del sujeto, lo que aportó elementos de comprensión de relatos de cada caso y principalmente para argumentar sobre el problema de investigación; el lenguaje con sus códigos, sutilezas, modulaciones y silencios, expresiones de deseos y a veces hasta ciertos rasgos que quizás desde el inconsciente aparecen y por ello lo fueron relevantes para esta investigación.

En este sentido, el análisis que se expone a continuación en este capítulo tiene que ver con los momentos que guardan relación durante la entrevista y donde se considero a saber: I. *identidad para sí, desde la perspectiva microsocia*; II. *Identidad para los otros, desde la perspectiva macrosocia* y III. *Situación identitaria en relación con la configuración constructivista*, mismos que se argumentan en seguida.

3.1 Identidad para sí: Visión de vida y proyección a futuro

Partiendo desde la perspectiva micro social, donde el individuo tiene la capacidad de acción y parte desde su mundo interior, y donde la vida profesional es considerada como un proceso biográfico que construye las identidades a lo largo de la vida. En este apartado se concentró el análisis de la construcción identitaria del residente de oncología pediátrica, situándonos en el contexto de la opinión personal de sí mismo, la familia y los otros con los que se rodea. Esta parte tiene especial relevancia puesto que parte de la construcción inicial (microsocial), por lo que los estímulos que recibe de la familia y de escuela en un primer momento pueden determinar cómo lo dice Mead en *“un elemento central para explicar la experiencia social”*¹²², es decir, el sujeto observa y reflexiona sobre sí mismo.

En razón de lo anterior y retomando el pensamiento de Bauman¹²³, donde considera que preguntar ¿quién eres tú? sólo cobra sentido cuando se cree que uno puede elegir ser alguien diferente a lo que es, y si esta es la elección tiene que ser lo suficiente claro para que sea real.

La primera pregunta se enfocó a que el sujeto **se definiera desde su concepto personal y profesional**, por lo que las respuestas obtenidas a este cuestionamiento se ordenan como sigue:

En el caso del Dr. Martínez, al definirse a sí mismo comenta lo siguiente:

“en el concepto personal me considero una persona como que tengo muy fijadas mis metas que se lo que quiero creo, la mayoría de las veces, y a lo mejor de personalidad introvertida algunas veces no me gusta llamar la atención y así... y soy sincero y me gusta escuchar a las personas creo que es algo como una cualidad que quizás pueda ser que tengo. Y en lo profesional este... pues me gusta siempre tratar de estudiar mucho saber lo más que se pueda para poder ayudar a los pacientes, me gusta estudiar; mucha gente lo ve como una carga pero yo si lo disfruto a veces cuando tengo ganas no todo el tiempo... pero me

¹²²Jeffrey Alexander- El interaccionismo simbólico y la obra de Blumer y Goffman- En Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial Edit. Gedisa España 2008 pág. 188

¹²³Bauman Zygmunt. Identidad Edit. Lozada Buenos Aires, Argentina 2005 pág. 47-48

considero comprometido con lo que hago y... y responsable a lo que me importa que las cosas salgan bien y que los pacientes estén bien”

En el caso del Dr. Moreno, con la misma pregunta su respuesta fue la siguiente:

“No entiendo Jajajajaja (Silencio)..., desde las dos (silencio) jajajaja... ¿cómo que definirme? que podría decir de mí... en cuanto ahhh (silencio) no se me ocurre nada... así hipoglucémico... no...haber definirme en qué sentido... en concepto personal... es que haber como un ejemplo... es que ahí se me hace difícil porque es como difícil definir a alguien no... definirme a mí mismo depende de mi estado de ánimo, puedo estar muy feliz y ser muy productivo y ser muy productivo pero también hay variaciones en cuando pues estas triste y no haces nada entonces si es como difícil definirse a uno mismo... pero así como en promedio en general es como persona que está contento con lo que hace, que disfruta su trabajo que al mismo tiempo al disfrutarlo también es productivo a la vez y que no me veo haciendo otra cosa distinta y no sé qué más...”

Interpretando las respuestas obtenidas, entre el Dr. Martínez y el Dr. Moreno bajo el mismo cuestionamiento, podemos notar que el primero se definió más rápido y sencillamente sin dar tantas vuelta al cuestionamiento; y el segundo le dio demasiadas vueltas tratando de replantearse la pregunta una y otra vez. Haciendo notar que su definición entre lo personal y lo profesional depende principalmente de su estado de ánimo. Entre estos dos sujetos hay una situación muy particular, uno de ellos es estudiante de la subespecialidad y tiene más clara sus ideas, el otro que ya es un profesional de la salud, adscrito en una institución reconocida y con más trayectoria académica (pues ha concluido una maestría en ciencias médicas), duda más al momento de describirse. Cuando quizás muy subjetivamente tendría que ser al revés porque uno ya tiene una trayectoria profesional más amplia que el otro que por primera vez se va a enfrentar al mercado laboral y profesional

En relación con lo anterior, retomando a Dubet (1989) podemos notar que la identidad social implica la identificación de las relaciones entre la identidad personal y la formación de un principio de unidad. En este sentido, el actor se

define por pertenencias, intereses, recursos, convicciones, compromisos y por principios culturales que determina una misma sociedad.

Podemos notar en consecuencia, al contrastar a estos dos individuos que al definirse en la cuestión personal y profesional, que la identidad no es algo que esté dado y que se muestre de una manera correcta, es decir, no se da de manera automática sino que el sujeto se construye partiendo de su propia observación y reflexión de sí mismo.

La siguiente pregunta se relacionó con que **significa tener una carrera universitaria y posteriormente una profesión**, obteniendo las respuestas siguientes:

Para el Dr. Rodríguez *“Una carrera universitaria y después una profesión umm pues es que ahorita para mí la carrera universitaria lo es todo, así lo es todo en el sentido que ocupa mucha parte de mi tiempo entonces no sé lo siento como si fuera un complemento lo que hago y lo que hago pues es trabajar pero no hago otra cosa... haber ingresado a la universidad fue un logro porque te digo de mi familia realmente nadie ha hecho nada y en lo personal también un poquito como de orgullo para mí ... mi familia no ha hecho nada por la cuestión socioeconómica porque toda la familia de nosotros por parte de mis dos padres son bastantes humildes... pues realmente no han podido hacer muchas cosas porque igual no tienen los recursos esa es una parte y entonces ir como que subiendo de poquito, en poquito... Siempre me había enfrentado al problema de que cuando termine la primaria les dije pues quiero hacer la secundaria y para que si de todo no sirve... y ahí voy... después de la secundaria me fui a la prepa jajajaja he igual que ni vas a poder mejor ya ponte a trabajar o has algo y hay voy lo logre... Después dije no voy hacer una carrera y también lo que me dijeron que no lo iba a lograr y más allá”*

“En la parte profesional me ha ido bien... no he tenido problemas”

“No me he enfrentado al desempleo, porque la institución donde me he formado me lo ha dado todo... es una parte buena pero si tiene varias limitantes porque realmente no todo es bueno... o sea, yo termino la carrera y

en automático paso a otro lugar y es trabajo o sea no voy a ver si me entrevistan sino ocupo otro lugar... que pudiera trabajar afuera también pero sería estar en dos lugares no... pero si se puede... pero la otra es que por ejemplo yo termine medicina y me voy a filas a un pelotón de sanidad a un regimiento o lo que sea, y yo para poder regresar a hacer una especialidad tengo que estar dos años, entonces no es como afuera que a pesar de que estés desempleado o lo que sea te la continuas... o sea esto es una cosa el trabajo pero es por tiempo... yo quiero hacer una sub, tengo que estar dos años otra vez y tener el derecho a tener la subespecialidad... si quisiera hacer por ejemplo trasplante me tendría que ir dos años por regla o pedir permiso. Que es lo que me paso cuando estuve en Acapulco estuve un año y yo soy el más joven de todos los de subespecialidad de mi generación porque nada más hice un año, no hice los dos en cambio mi jefa si hizo los dos años de servicio y después vino a hacer sub .. Pero ella, no debe ese año pero yo si... así que cuando regrese me van a estar cobrando el año... es tiempo por tiempo. Pero igual a estas alturas yo vengo a la sub pero igual ya no se me hace igual el trabajo a los 34 que a los 28, entonces si como... pues es una cosa por otra... tampoco es así como todo muy bonito... tiene sus pros y sus contra. Pros pues en el momento en que afilio a mi mamá, mi papá, a mi esposa y a mi hijo pues ya no me preocupo por esa parte y no es como aquí que son Gastos Catastróficos que sólo es algo específico, haya es lo que sea y la defensa cubre todo inclusive a pesar de que tengo un seguro de vida me cubre a mí también... hace un año que me fui por lo de la neumonía y que me dio influenza en el 2010 digamos yo me hospitalizo 15 días a mí me siguen pagando, o sea no me descuentan nada a mi es libre todo. En teoría tengo una ventaja en todos los demás pero ese es respaldo que aunque no fui un mes en el hospital a mí me lo pagaron completo así con todo... esa es una parte buena... como todos los trabajos tiene sus cosas buena y malas”

Las respuestas obtenidas nos llevan a interpretar que en el caso del Dr. Rodríguez denota que tener una carrera universitaria fue un logro porque en su familia nadie la tiene, principalmente por su condición humilde. Él ha sido constante en su formación académica a pesar de todos los inconvenientes que

se le presentaron y que su familia no estaba convencida del todo que él estudiara.

La institución que le dio la formación universitaria (Escuela Médico Militar), también le ha dado todo, un trabajo y una trayectoria académica, aunque como él mismo lo dice que el tiempo que ha invertido en sus estudios tarde que temprano se lo tendrá que pagar a su institución.

Siguiendo la misma pregunta la Dra. Fernández plantea *“Bueno eso siempre fue un objetivo para mí, porque es algo como familiar desde mis abuelos no, y este para mí era como una pieza clave de la vida era como de muchos logros... yo escogí la medicina porque me da mucha satisfacción personal eh... pues mi profesión la medicina me gusta porque significa... tiene cierto reconocimiento social en medio de la familia, del grupo... porque no es algo no tan frecuente... en mi familia no hay ninguno... y te da un lugar social... te da una, una serie... como de perfiles en la vida, de comportamiento, un lugar en tu grupo o una serie de responsabilidades con tu sociedad”*

Para la Dra. Fernández su objetivo en cuanto a sus estudios ha estado siempre impulsado por su familia, su condición de vida ha sido más fácil porque le ha permitido tener una profesión que le gusta y que representa un reconocimiento social. Ella ha ascendido en la cuestión académica con más facilidad.

Al respecto, podemos interpretar las respuestas entre Dr. Rodríguez y la Dra. Fernández hay muchas similitudes académica, sin embargo, sus trayectorias han sido muy diferentes. Él ha luchado por tener un lugar en la sociedad y ha sido constante en su cuestión académica como profesional. Para Ella, todo se ha dado más fácil y ha sido constante en su formación, no se ha preocupado por nada más, más que por seguir preparándose académicamente.

De esta forma, siguiendo con el argumento vertido por Dubar (2002), es notorio que para un sujeto la elección de una carrera no implica sólo la búsqueda de un diploma o de un grado académico, sino tiene que ver también con la construcción personal de una estrategia identitaria a partir del auto reconocimiento siendo objetivos entre lo que quieren y hasta donde quieren llegar.

La pregunta número tres, se centró en el siguiente cuestionamiento **quienes han sido las personas más significativas en su vida educativa profesional**, considerando las siguientes respuestas:

Para la Dra. Díaz “ehhh el Dr. Pablo y la Dra. Gaby, los dos son oncólogos pediatras... ehh al Dr. Pablo lo conocí en la carrera de medicina y pues o sea me aconsejo de vida profesional y también de vida personal... y a la Dra. Gaby fue como mi ejemplo a seguir, cuando la conocí en el internado que pasaba visita en onco hay no está es una chingona, ella creo oncopedia en Mérida aunque tenga sus defectillos y algunos no la quieren pero es la que me inspiraba”

En el caso de la Dra. Jiménez, “el Dr. Eduardo Aranda cuando era residente de pediatría, porque fue una persona honorable, educada, correcto y que me ha impulsado para que no me quede como pediatra sino que siga estudiando. En oncología el Dr. Armando Martínez Avalos cuando llegué a México y era extranjera me ha brindado sobre todo apoyo, me ha hecho sentir como si fuera mi casa, me ha tratado con respeto... y eso es lo que necesita un estudiante... alguien que le de ánimo, respeto y le permita de esta manera seguir adelante o sea que te motive a seguir adelante”

De esta pregunta podemos interpretar que las personas más significativas fueron las que trataron bien a los individuos, y que se volvieron referentes de vida. Y esto se nota en lo que narran los entrevistados. Tomando en cuenta que una es mexicana pero con residencia en Yucatán y la otra es extranjera, boliviana con residencia en la Paz, Bolivia. En el caso de la primera ella ha terminado la residencia de oncología pediátrica y ha ingresado a la súper especialidad en Trasplante de Médula Ósea (TMO). La segunda ha venido a México a realizar la súper especialidad en TMO (que concluyó en febrero de 2016), y regresa a su país donde es jefa del Servicio de Hemato-Oncología y es una profesionista con una gran trayectoria y reconocimiento social.

Por lo tanto, podemos deducir que los profesores o las influencias que tuvieron durante su formación, destacan como elementos claves en la construcción de la identidad profesional de los residentes, puesto que dejaron huella profunda por sus actitudes profesionales y humanas. En buena parte de los casos

abordados, se percibe una relación amistosa e incluso afectuosa con las personas que influyeron en su vida educativa profesional. Aunque también se apreció que algunos que fueron parte de su formación académica durante la residencia de oncología pediátrica, no influyeron ni para bien ni para mal. Sólo fueron parte del contexto institucional educativo.

De esta manera, retomando a Dubet (1989:526), cuando dice que “la identidad social no está dada, ni es unidimensional sino que resulta del trabajo de un actor que administra y organiza las diversas dimensiones sobre su experiencia social y de sus identificaciones más significativas”, podemos decir que, la identidad profesional implica también la identificación de las relaciones humanas más importantes que se tienen durante la formación y que dejan en cierta manera huella, y que perduran a lo largo de la vida y de las cuales se adquieren elementos que se adhieren a la personalidad de los individuos.

Así mismo como ya se menciona en el capítulo II, la identidad es producto también de relaciones “validadas” por los sujetos que interactúan, donde los símbolos y el lenguaje son básicos para el establecimiento de membrecías de sentimientos colectivos y definitorios en los sujetos.

La última pregunta del primer momento hizo referencia a **cuál ha sido la experiencia más significativa que ha marcado su desarrollo profesional durante su formación como oncólogo pediatra**, recuperando las respuestas que siguen:

El Dr. Torres hace referencia *“la primera este ummm fue cuando me enganche como muy emocional con unos... este... con varios pacientes principalmente como que los adolescentes, porque los adolescentes en pediatría están como en un grupo diferente, porque en pediatría uno como que está acostumbrado a los niños porque siempre es la bondad y el niño y pobrecito. Pero en los jóvenes, en los adolescentes tienen como esa confrontación con la autoridad que no les gusta que los estén tratando bien, que les gusta un reto, que les gusta salir adelante, entonces como que ellos se identifican mucho con esa parte conmigo porque no soy como de estar chiqueando tanto... y este ... bueno en especial dos, unos pacientes que eran hermanos y que uno de ellos falleció no... y que yo hubiera pensado que le iba a ir bien... otra es un*

paciente que actualmente tiene 22 años y que cuando se puso muy mal este... a mí me tocó entubarlo y que incluso yo le dije a su mamá él va a salir no se preocupe, me tocó cuidarlo como seis meses... venía los fines de semana... le dedique mucho tiempo, pero salió”

“Y otro paciente que es... ehheh creo que unos pacientes que tenía en una guardia y que ya me sentía cansado porque tenía mucho tiempo trabajando y no sé si fue alguna cuestión como de responsabilidad este... ética o moral, pero siento que una decisión que no hubiera tomado, hubiera podido tomar el rumbo o probablemente no, sin embargo, dos pacientes que hayan fallecido durante una guardia fue como de “chin” o sea yo hubiera dado más, pero mi cuerpo ya no puede dar más y ya no me puedo concentrar bien y ya no puedo dar... entonces esas son como cuestiones que han marcado mucho la parte así como de... pues que me recuerde significativamente. Pero que haya cambiado mi forma de ser probablemente en mayor o menor grado porque me volví más dedicado, o porque me volví más detallista... o no sé cómo llamarlo”

Para la Dra. Gómez, sobre la misma pregunta dijo: *“Lo principal es saber que no hay quien atienda a los niños con cáncer en el lugar a donde yo me voy a regresar, esa es mi principal motivación, mi principal aliciente”*

“Hay muchas cosas que vas viviendo, experiencias que te tocan el corazón, el alma... pero mi motor real es ese”

Esta pregunta es muy significativa porque se puede interpretar que la identidad profesional, debido a las adversidades que presentan durante la formación y la visión que tienen a futuro. En el caso Dr. Torres es muy interesante la narración que hace porque cuenta tres anécdotas que van de lo difícil a la fatalidad, y que de una u otra aprendió. Y es ahí ese punto de fragilidad que presentan los médicos cuando por una decisión u otra el paciente sufre una situación desfavorable. Para la Dra. Gómez su experiencia más significativa, la ve a futuro cuando dejó nuevamente de ser residente y se inserte en su medio laboral, ya que para ella es una motivación para seguir preparándose.

Esto también marca definitivamente la identidad, pues como se decía en el primer capítulo cuando explicaba que la residencia de oncología pediátrica es

complicada porque se enfrentan la mayoría de las veces a malas noticias y que en algunos casos termina en un deceso, tal y como lo narraron los entrevistados.

Al respecto podemos interpretar que resulta altamente interesante observar cómo la elección de una carrera representa un elemento determinante en la construcción del proyecto profesional de vida de los sujetos. En este sentido los sujetos entrevistados ofrecieron testimonio de trayectoria académica y las influencias internas y externas que han tenido durante su formación como oncólogos pediatras. Así como las situaciones favorables y desfavorables que han presentado y su proyección a futuro.

Como lo menciona Giménez (2002), “la identidad es una construcción social que se realiza en el interior de marcos sociales que determinan la posición de los actores y, por lo mismo, orienta sus representaciones y acciones”. También se deja notar que los escenarios son complejos y que aunque estén insertos en un mismo ambiente las situaciones son diferentes y las actuaciones también.

Así que lo que corresponde a este primer apartado, se puede colegir que la identidad se construye y reconstruye constantemente en el seno de los intercambios sociales; por eso el centro de análisis de los procesos identitarios es la relación social.

3.2. Identidad para otros: instituciones y actores

Como se mencionó en el capítulo II, este momento alude a una perspectiva Funcionalista, es decir, sostener un orden establecido en la sociedad. Donde los individuos tienen la capacidad de elección, motivación, normas, valores, etc. pero orientados a las expectativas de acción que marca la conducta de los diversos roles de la sociedad.

Insertos plenamente en el contexto institucional, es decir, la vida académica y profesional siempre en el hospital, marcan las primera expectativas de los demás y las propias. A este respecto, la identidad profesional se base de manera más real a partir del conocimiento objetivo del residente oncología

pediátrica como disciplina y profesión. Así mismo, los sujetos reconocen o creen reconocer lo que representan en la esfera social donde se insertan. Destaca una reconstrucción del ideario existente de manera previa al ingresar a la subespecialidad apostando a mejorar la salud de los pacientes con cáncer. Sobre el particular, la primera pregunta está enfocada a **cómo cree que lo ven los médicos adscritos, tanto en la cuestión personal como en lo profesional**, cuyas respuestas fueron las siguientes:

La Dra. Hernández considera que *“En lo personal umm pues como alguien centrado, pues que sabe lo que quiere, pues disciplinado... umm y en lo profesional pues como alguien que es constante umm pues listo o así inteligente jajajaja que aprende las cosas rápido y pues así como de un carácter fuerte pues...”*

El Dr. Rodríguez, dice *“en la cuestión profesional creo que es más fácil... he cubierto ciertas expectativas porque igual... a mí me agarraron en cero con la oncología... te digo al principio se me dificultó mucho igual pensaron que profesionalmente no iba a generar ciertos cambios es decir, que no iba a dar el ancho, al principio o sea los primeros meses me costó mucho trabajo yo sentía que ellos veían que no iba a poder con esto... pero ahorita, ahorita jajajajaja igual algo que se les llega a atorar quien sea... quien sea... quien sea hay un problema con un paciente que este en la consulta siento que al primero que le van a hablar va a ser a mí, no sé porque ...creo que porque aparte que quieren que se lo resuelva, quieren que lo resuelvan bien”*

“Ummm en la parte personal somos un caos... el año pasado después de todas mis broncas... se mueren los niños, me estaba divorciando, el niño convulsiono o sea me fue... imagínate hasta el fondo... y ya después fui superando esas partes y ahorita con la nueva novia como que todo se calmó jajaja siento que no ven tan mal... yo creo que si pudiera pensar por ejemplo que piensan mis adscritos de mí, creo que dirían que soy buena persona en general”

Nos da para interpretar lo que la otredad pueda pensar de los individuos, marca determinante la vida de los sujetos y esto se comprueba con la respuesta de la Dra. Hernández y el Dr. Rodríguez, quienes se describen reconociéndose

como individuos sociales y no sólo como médicos. En el caso del Dr. Rodríguez hace un análisis más completo de todo lo que ha pasado durante su residencia, así como los momentos que ha estado en crisis tanto por las cuestiones personales como por las profesionales, apostando que cada día ha sido un momento de aprendizaje rodeado de diferentes contextos, construyéndose y reconstruyendo.

Como lo menciona Goffman¹²⁴ la identidad social implica la actuación de los individuos en la vida cotidiana, como en una obra de teatro donde se realiza una representación y que aunque los papeles estén dados siempre existirá un público que aprobará o reprobará la representación del sujeto; el sujeto por lo tanto tratará de hacer su mejor esfuerzo con la finalidad de obtener una calificación que le identifique en los contextos colectivos, individuales y sociales.

La pregunta siguiente completa este segundo momento y se enfocó de la manera siguiente: **considera que el ambiente institucional-educativo es el adecuado para la formación de oncólogos pediatras bajo el lema de “líderes de opinión”**¹²⁵, obteniendo las siguientes respuestas:

La Dra. Fernández, ha realizado toda su formación como especialista (pediatría 3 años) y subespecialista (2 años), nunca se ha enfrentado a otra forma de trabajo, hasta ahora que salga de esta institución y se desarrolle en lo profesional. Bajo el cuestionamiento anterior ella considera que: *“Pues no es sencillo porque al tener mucho de la carga laboral de lo que el hospital necesita, demanda y todo se descuida un poco lo académico sin darle un momento, y ponerte a leer... a veces no hay lugar para eso porque nos rebasa lo asistencial y pues ni modo, en el país no hay otro lugar tal vez tan completo con tanta cosas o hay pocos que sean así... y entonces pues ni modo tienen que ganar casi siempre los niños y la necesidad asistencial... pero si encontraran los momentos como para seguir con esa política educativa y eso... y también a lo mejor tener unos momentos como de más liberarse del estrés porque a veces uno vive como una ratita corriendo, corriendo porque tienes que como que cumplir con lo que no se puede dejar de hacer y eso pues, eso*

¹²⁴ Jeffrey Alexander. Op. cit. pág. 188

¹²⁵ Este cuestionamiento se realizó principalmente a que el INP, se jacta de ser “la institución a nivel nacional de tercer nivel en atender a pacientes pediátricos” (0-18 años), con los mejores tratamientos multidisciplinarios y que esto se ve en la calidad de la atención principalmente.

te mantiene en la raya de demanda que es una constante estar ahí en cada línea del estrés”

“... Y tener la presencia de egresada del INP, me da otra presencia por el cúmulo que puedes ver en un día cualquiera eso te da mucha experiencia pienso yo, que si puedes aquí con lo grande pues haya con lo chiquito pues vas a decir esto lo he visto así... esto lo he aprendido así... al final las cosas están puesta en la mesa... los diagnósticos, los métodos y... siempre diré que el INP es vivir como en el libro abierto haces las cosas en el correcto ser (hacer bien las cosas) y entonces tu solito vas aprendiendo de esa cantidad de cosas y que todos siguen esa línea... entonces yo pienso que tener menos pacientes entonces si me haría menos juiciosa clínicamente no es lo único venir de aquí para decir que ya va a ser una persona exitosa pues no, una crea esa actitud y otra mucho pues es hacer trabajo constante... el INP me dio herramientas para desarrollarme profesionalmente, lo demás depende de mí y de con quién me toque trabajar y del lugar”

En el siguiente caso se puede interpretar que, la Dra. Gómez tiene como formación base el Ejército, es decir, toda su educación (médica) ha sido en la Escuela Médico Militar. Ella antes de ingresar al INP, ya ejercía como Pediatra y era jefa de esa área en el Hospital Militar del Norte. Su visión es totalmente diferente a la de sus compañeros por su tipo de formación y donde hace notar que está muy agradecida con el país y las instituciones que le han dado educación y una profesión, y donde las relaciones normativas son sumamente funcionalistas y ella las asume sin cuestionar, con base a esa identidad que su formación militar le generó.

Dra. Gómez considera que *Si*, la institución forma líderes de opinión y agrega: *“estoy muy agradecida con el instituto, con los maestros, con la apertura que tuvieron para poderme recibir como residente, me voy totalmente agradecida... pienso que hay carencias como en todo el sistema de salud a nivel nacional, eso no es exclusivo ni privativo del INP pero eso sale fuera de las manos incluso de nuestros líderes y entonces no es algo que ellos pudieran subsanar en un momento determinado, pienso que lo que nos falta para poder estar al nivel de otros lugares a nivel internacional pues es infraestructura, pero eso*

insisto sale de las manos de nuestros maestros, yo no lo juzgaría como que el instituto me queda a deber sino al contrario, pienso que para el lugar que ocupa el instituto a nivel nacional, la figura que representa es algo muy loable... el INP tiene reglas diferentes más libres y contradictorias, hay que adaptarse a eso y se sufre en ciertos momentos... mas cuando hay que relacionarse con los de la casa que son complejos, pero a pesar de eso yo me voy totalmente satisfecha sé que para lo que mi país me puede dar que este es el mejor lugar donde pude haber venido no tengo la menor duda”.

Podemos interpretar por tanto, que aunque ambas residentes se formaron al mismo tiempo y en la misma institución para oncología pediátrica, la primera no ha conocido ninguna otra institución médica que el INP, la segunda viene de una institución totalmente rígida donde no se cuestionan las órdenes sino se obedecen. Al interactuar una con otra se “confrontan” y se genera una relación desigual por esa lucha de contracciones que aunque no son responsables, resaltan durante la interacción social. Como Giménez (2002), lo especula “la identidad de un actor social emerge y se afirma solo en la confrontación con otras identidades en el proceso de interacción social, la cual frecuentemente implica relación desigual y por ende luchas y contracciones”.

Dubar (2002) plantea al respecto, que “la identidad social es resultado de la articulación de procesos de socialización, y por la atribución de la identidad dada por los agentes y las instituciones en interacción directa con los individuos.

3.3. Situación identitaria: Relación entre la identidad para sí, los otros y lo profesional

En este último apartado, la entrevista se basa principalmente en cómo el residente de oncología pediátrica consolida su proceso de socialización, partiendo de sus habilidades y destrezas innatas que se conjugan con el ambiente educativo. Es aquí donde algunos teóricos concluyen que el individuo teje interacciones altamente complejas y que dan como resultado una configuración social, que el sujeto desarrolla un habitus y que este marca la personalidad del ser social, también donde la acción social es un ejercicio escénico donde el individuo representa un papel según el rol que desarrolle,

otro sería donde el actor se define por pertenencias, interés, recursos, convicciones, compromisos y principios culturales de una sociedad. Y también como lo dice Bauman, la identidad se define como “un proyecto, un objetivo”, pero también este ser precaria e incompleta, sin embargo afirma que la identidad pierde los anclajes sociales que hacen que parezca natural, predeterminada e innegociable y donde la identidad busca una responsabilidad reflexiva de autonomía del resto y la constante autorrealización.

En torno a este bloque, la primera cuestión se orientó a **preguntar si le parece que la identidad es un proceso que está en constante construcción debido a los diferentes momentos de la vida**, obteniendo las respuestas que siguen:

La Dra. López contesta *“que sí y no... si porque todos los días aprendemos, porque todos los días tenemos la oportunidad de cambiar quiénes somos, todos los días vivimos cosas nuevas que nos redefine, que todos estamos hechos de egos y que tenemos la oportunidad de redefinirnos cada vez que nos rompemos, entonces si la identidad se puede cambiar... pero hay cimientos que no se pueden, todos tenemos una base... en psicología le dicen el inconsciente... entonces el inconsciente no lo podemos cambiar nuestro sustrato nuestra forma de ser esencial eso no lo podemos cambiar pero como actuamos y quiénes somos y como nos percibimos a nosotros mismos... yo creo que si va cambiando con el tiempo”*

Para la Dra. González considera que *“totalmente... jajajaja... o sea porque cada situación que te vas exponiendo te va formando tanto en carácter como en personalidad... en mi caso... o sea yo creo que antes de llegar aquí si me consideraba una persona así tímida, reservada, era como muy o sea no me gustaba expresar nada a lo que estaba pasando... e igual estar lejos de mi casa y esta situación al principio me marcaba mucho...”*

En ambos casos podemos interpretar que la identidad, sí está en constante construcción. Sin embargo, hay elementos que no cambian y que de cierta manera definen la personalidad. Pero los individuos se adaptan a los contextos que viven y en los cuales se desarrollan por lo cual se constituyen y reconstruyen en los contextos estructurados donde conviven con la otredad.

En este sentido, se puede decir, que los autores consideran que la identidad en general es un proceso que está siempre en constante construcción y reconstrucción de lo cual dependen diferentes factores como los contextos donde se realiza la interacción y los diferentes momentos de la vida. Dubar (2002) sintetiza que “la identidad no es otra cosa que el resultado, a la vez estable y provisional, individual y colectivo, subjetivo y objetivo, biográfico y estructural, de diversos procesos de socialización que conjuntamente construyen los individuos y definen las instituciones”

Con respecto al siguiente cuestionamiento donde se contextualizó que **si considera que ha tenido crisis identitarias, es decir, momentos en los que se ha puesto a pensar si es realmente lo que quiere y vale la pena continuar con esta formación**, las respuestas fueron las siguientes:

Para el Dr. Pérez considera *“si claro... por supuesto que sí. Cuando uno entra a la carrera en el primer año, cuando vas vestido todo de blanco con tu batita y tu ropa aún no está amarillenta, ese primer día te dicen vas a hacer un montón de sacrificios, vas a alejarte de tu familia, vas a tener relaciones que van a ser muy difíciles tanto con los amigos como con tu pareja por el tiempo que involucra estar en el hospital... vas a estar estudiando muy viejo, vas a ser el único estudiante de 30 años o que todavía vas a seguir viviendo en la casa de sus papas o que todavía lo siguen ayudando sus papas... cuando tus compañeros de la prepa a los 22 o 24 ya están fuera y ya están ganando dinero, ya tienen coche, ya se están casando a los 25... yo creo que si es diferente y eso es lo que te hace pensar o sea convives con las otras personas y ves en que parte de su vida están, lo que te ha enseñado la sociedad que es normal y que debes tener y darte la vuelta hacia lo que estás haciendo y decir Dios apenas voy a la mitad del camino ... entonces si hay crisis de identidad y de verdad ¿esto es lo que quiero hacer?”*

“Por ejemplo a mi paso antes de entrar a la residencia de pediatría, me ofrecían ser gerente de producto en Astrazeneca ganando mucho dinero, te dan coche pagado por la empresa, te pagan el celular, súper buen sueldo... imagínate empiezas a los 25 años con ese puesto en una empresa internacional a los 45 estas en lo uuuuy lejísimos

Entonces esa es la vida que muchas personas aspiran y se van... empiezan a trabajar, voy a tener una familia, todos mis fines de semana libres, mis tardes, para estar con la novia con el perro tener otra vida que no sea el hospital... y si te das cuenta que es lo que te gusta... vuelves al hospital y es algo muy chistoso, o sea te despiertas algunas veces por la mañana y dices ya estoy hasta la madre, estoy cansado... no he hecho nada que no sea estar aquí en el hospital, no he visto a mis amigos, no he hecho nada de mis hobbies... hace mucho que no tomo una fotografía o hago un cuadro o hago algo de estas cosas... y en lo que estás pensando eso que te acabas de despertar y estas con ese tren de pensamiento... cuando te das cuenta estas debajo de la regadera y te estás lavando el cabello... entonces hay algo que te impulsa a regresar al hospital siempre... o sea cuando te das cuenta ya estas otra vez aquí y dices mañana será otro día... si ya mañana no quiero regresar ya no regreso... si pasa muchas veces pero yo creo que todos regresamos por algo jajajaja y no sé si sea por una cuestión de vocación, pero si tiene que gustarte, vocación yo creo que es eso que tratas de entregar hacia lo que estás haciendo pero no te puedes entregar a algo que no te gusta... tiene que gustarte eso sino te vuelves loco..."

La Dra. Sánchez, tiene una percepción diferente y objetiva lo siguiente: *"ummmm pues... ummm a mí me parece que sí, la verdad que si... porque estamos en un hospital que es escuela y nos estamos formando entonces a veces falta como esa orientación o esa guía que pareciera que ya la tenemos porque somos médicos, somos pediatras pero en oncología no sabemos nada y entramos en crisis en esta materia es como empezar siempre de cero. Y así nos exponemos mucho a cosas así como de la experiencia de los doctores que tal vez nosotros pues los sabemos por ellos pero no hemos llegado a tener ese conocimiento, entonces yo creo en ese sentido hay cosas muy controversiales... por eso sale el comentario del pasillaso... es cierto si tu vez que al doctor le va bien así puede ser que tú lo hagas pero no es el camino o no te permite llegar a comprender porque se hacen las cosas así... y así luego tú te quedas con lo que mejor pienses en tu propia experiencia... claro que aquí hay grandes personalidades, grandes maestros pero eso es del lado de la experiencia de todo lo que han trabajado. Entonces yo creo que para la*

formación debe ser un poco más orientada a la formación del residente y estas situaciones sí que te generan crisis, de decir si es lo que quiero, pero luego pasa y dices en el nombre de Dios”

Esta pregunta es de suma importancia, pues las crisis pueden generar cambios definitivos en las personalidades y cambiar el rumbo del proyecto profesional o en su caso abandonarlo. En el caso del Dr. Pérez quien se ha formado desde pediatra en esta institución y que aparte ha cursado una maestría en ciencias médicas, ha vivido esta crisis y se ha cuestionado si vale la pena continuar. Él al final de la crisis sabe que si va la pena continuar porque es parte de la vocación que tiene como médico y porque es algo que le gusta hacer.

Mientras que para la Dra. Sánchez quien viene de Honduras y su formación ha sido más enfocada a la asistencia y docencia. Considera que si es importante la experiencia, pero no lo es todo, ella quisiera que se contrastara con lo académico y de cierta manera con la literatura para poder tener un panorama más completo de las patologías a tratar y no realizar confusiones al momento de atender a los pacientes generando así dudas, ya que cuando se tiene conclusiones tan distintas de los médicos adscritos genera crisis, y se ponen a pensar si esto era lo que querían.

Al respecto Dubar (2002) considera que el momento donde se genera una “crisis” o el sujeto se encuentra “en crisis”, es un momento donde se pone a prueba la cuestión identitaria, donde los sujetos se enfrentan consigo mismos y los otros, en todos los aspectos de la vida social y en todas las esferas de la existencia personal. Son momentos determinantes que asientan o reconfiguran la personalidad.

En el caso de Berger (1968) y Chihu (2002) consideran que la sociedad moderna tiene múltiples mundos de la vida autónomos y contradictorios entre sí, es aquí donde el sujeto muestra elementos definitorios de su identidad.

El siguiente cuestionamiento se enfocó al proyecto de vida a corto plazo, cuando incursionen en la vida profesional y por fin dejen de ser residentes:
Cómo piensa que será su vida profesional ahora que deje de ser residente

e incursione en la vida profesional como oncólogo (a) pediatra, cuyas respuestas fueron las siguientes:

La Dra. García se vislumbra *“yo me imagino una cosa y no sé si así vaya a ser... este... yo creo, espero que sí, como tenga la oportunidad de ver a un buen número de pacientes, pero más que todo como comenzar a ver a pacientes también como se llama... de lo público, o sea no solo pacientes de la medicina privada. Porque, mi plan como sea es regresarme a Monterrey y allá si es un poco distinta la dinámica de todo lo público pues... No sé cómo funciona y el único hospital público es el Hospital Universitario y en los hospitales de la Secretaría de Salud no tenemos la atención a los niños con cáncer... entonces es como una gestión que siempre he tenido ahí...y todas las cuestiones en los hospitales en cuanto a equipo y de esas cosas, pero yo esperarí que si no a corto a un mediano plazo se pudiera ver ese aspecto allá”*

Para el Dr. Rodríguez su postura sobre el mismo cuestionamiento es: *“ahhh es difícil... es difícil la pregunta y en parte fácil porque yo ya tengo donde voy a llegar a trabajar... o sea ya me están esperando, o sea ahorita no tengo que ver si busco lugar en algún lugar... el trabajo está seguro... este... siento que va a disminuir mucho la carga de trabajo porque nosotros tenemos mucho, mucho menos población entonces no sé, también me da un poco de miedo enlarmarme (estancarme) por ver tan pocas cosas y no sé si en este caso es mejor seguir trabajando afuera y o seguir haciendo otra cosa ... en este caso lo de trasplante que estaba como una opción, pero siento como que ahorita no, no sería el momento ideal yo creo que voy a esperar un poquito más”*

Podemos interpretar en esta pregunta desde la cuestión de lo ideal y la realidad, es decir, para la Dra. García tiene como proyecto abrir la atención medica en los hospitales de la Secretaría de Salud (atención pública), sabe que va a enfrentar varias situaciones para poder lograrlo, pero es algo que le gustaría hacer en beneficio de la población infantil. En cambio para el Dr. Rodríguez quien ya tiene solucionado la parte del desarrollo profesional y laboral, lo que más le preocupa como él lo dice es enlarmarse, por la falta de pacientes. Y que todo el aprendizaje que ha ido adquiriendo no sea explotado

en la práctica. Ambos tienen un proyecto profesional definido, e ideales porque luchar. Lo importante es mantener una postura y no olvidar por qué están ahí.

Con respecto a lo anterior, Bourdieu (1995) cuando habla del habitus, anota que la acción histórica depende la relación entre la conciencia del sujeto y las cosas objetivadas en forma de instituciones que se conforman en el campo social, es importante resaltar que los individuos son producto de diferentes configuraciones, pero siempre tienen elementos que los caracteriza y que determina su personalidad en las distintas interacciones con la sociedad, en este caso como médicos.

También es importante resaltar lo que dice Mead (citado en Torres 2005:21), al explicar la psicología del individuos desde la experiencia social; principalmente cuando el self es la capacidad que se tienen a sí mismo como un sujeto y un objeto dentro del proceso de interacción social; sobre todo cuando estos individuos se insertan en otra etapa de su vida profesional y se desarrollan como individuos y profesionales sociales. Preexistirá un momento de reconstrucción de la identidad profesional al trasladarse a ese momento futuro.

Es también un momento de imaginar una expectativa laboral a mediano plazo donde se hace una evaluación en términos objetivos y subjetivos de la trayectoria de vida y profesional para poder alcanzar los objetivos planteados desde estudiante, y que les permita alcanzar una estabilidad social y económica.

La última pregunta de este tercer momento se enfocó si **considera que existen diferencias académicas y profesionales entre los residentes que tienen toda su formación en el INP con aquellos que sólo vienen a realizar la subespecialidad**, obteniendo la siguiente interpretación¹²⁶:

En una percepción general a esta pregunta es que eligieron el INP por ser la mejor institución a nivel nacional para la formación de recursos humanos de alta especialidad (subespecialistas), ya que es un hospital de tercer nivel y multidisciplinario en atender cualquier patología infantil.

¹²⁶Tiene que ver en cómo se perciben entre pares, es decir, entre residentes, entre los que llevan 5 años de formación en el INP; y de aquellos residentes que sólo van hacer la subespecialidad (2 años) y que en su mayoría son de otros estados de la República y algunos extranjeros.

Sin embargo, los residentes con formación solo INP, marcan mucho la diferencia con los que no lo son y solo van a la subespecialización. Esto se da principalmente por el reconocimiento que la Institución tiene en la esfera social de la medicina, el volumen de pacientes que ven y que han visto durante su formación, y que el Instituto se rige por tres áreas fundamentales: atención, docencia e investigación. Esta situación genera que los residentes con formación sola en el INP se sientan superiores en todos los sentidos, incluso cuando dejan de ser residentes y se insertan en el campo profesional. Y el caso de aquellos (que son los menos) y llegan a quedarse a trabajar en el INP, todavía más se sienten superiores a sus compañeros, suponen que han sido mejores y por eso los eligieron; sobre todo cuando el Instituto y las autoridades académicas se encargan de formar esta cultura de superioridad. No obstante, esta situación es una característica que da identidad al INP y que se transfiere directamente a los residentes que se forman en esta institución.

Con respecto a lo anterior, Melucci (1985, citado en Giménez 1997), considera que la autoidentificación de un actor debe disfrutar de un reconocimiento intersubjetivo para poder fundar la identidad de la persona. La posibilidad de distinguirse de los demás y ser reconocido por los demás. Por lo tanto, la unidad de la persona, producida y mantenida a través de la autoidentificación, se apoya a su vez en la pertinencia de grupo, en la posibilidad de situarse en el interior de un sistema de relaciones¹²⁷. Es decir, los mismos actores insertos en el INP adquieren esta autoidentificación como parte de su formación, dándoles distinción y reconocimiento de los demás sujetos con los que interactúan. Una vez dado el proceso de socialización y de inclusión todos los residentes adquieren la identidad institucional, aunque en algunos perdura por más tiempo que en otros según las circunstancias profesionales.

En un contexto muy general y con la finalidad de saber si les preocupaba a los médicos oncólogos pediatras el panorama actual que el país presenta en la cuestión del empleo y el funcionamiento del sistema de salud, se les plantearon dos cuestionamientos más. Una de ellas fue: ¿**Considera que la situación del**

¹²⁷Alberto Melucci. "Identidad de la acción colectiva" En Giménez Gilberto Materiales para una teoría de las identidades sociales. Colegio de la Frontera Norte Vol. 9, Núm. 18 julio-diciembre 1997 pág. 11

país en la actualidad con referencia a la búsqueda de empleo, pueda ser un factor que le afecte directamente en su desarrollo profesional?

El Dr. Moreno considera que no, pues *“los años de estudio avalan una trayectoria y aseguran un futuro prometedor. En mi caso, cuando termine la residencia, me seguí con la maestría y al mismo tiempo entré a trabajar a CeNSIA... No me quería regresar a mi ciudad, por lo que hice todo lo posible por quedarme... con la beca del CONACYT y mi sueldo me alcanzaba bien... Pero es importante tener un trabajo dentro de la Secretaría de Salud porque es el lugar que da la plataforma y el prestigio con los colegas y te permite hacer de todo y nada jajaja... y aquí en el INP es una de las cosas que siempre te están enseñando. También pensé en tener mi consultorio privado para solo ser Pediatría, aún lo quiero porque estoy seguro que este es el que me va a dejar la remuneración económica por los tantos años de estudio que me he sacrificado jajajajaja... pero luego salió la oportunidad de entrar a trabajar aquí (INP) y por supuesto que no la iba a desperdiciar... aunque si necesito otro ingreso, porque uno se acostumbra a tener sus cositas más o menos buenas y lo que gana no siempre me alcanza... jajajaja Ser médico te da un plus que cualquier otra profesión no la da, y ser subespecialista te genera más reconocimiento social y profesional”*

En el caso de la Dra. González que lleva casi 5 años en México y que decidió venir a México desde Centroamérica para buscar una mejor oportunidad responde sobre la misma pregunta lo siguiente: *“Yo haré todo lo posible por quedarme aquí en México, tengo más oportunidades que en mi país, porque si regreso voy a iniciar de cero...jajaja por el momento mi plan es quedarme un año más a realizar trasplante... también tirándole a que es un área que aun no se satura tanto como la oncología y que quizás me pueda dar unos puntos más para conseguir trabajo aquí en el instituto... y si no fuera a sí (que mala onda) pero trabajaría de pediatra o con alguno de los adscritos haciendo su trabajo oncológico privado que no les gusta jajajaja... yo no sé porque ustedes los mexicanos se quejan tanto por la dirección de su país, pero también no se ve que hagan mucho por cambiarla o si quiera mejorarla... aun así para mi es mucho mejor México que mi país (Nicaragua)”*

La segunda pregunta fue la siguiente: Usted ¿**Cómo ve el sistema de salud a nivel nacional?**

Para el Dr. Pérez *“Pues ni bien, ni mal... es un sistema que da lo que la gente se merece... es decir, es bueno en algunas áreas y malo en otras... pero que se espera si todo lo que le dan a los beneficiarios es casi gratis. En el caso de los niños a veces es difícil porque no se cuenta con todo lo que se necesita para sacarlos adelante y puedan tener una mejor situación de salud. El cáncer en un niño se da por factores desconocidos... A uno durante la residencia le enseñan que hay que hacer lo que se pueda con lo que se tiene en el instituto, sino hay los recursos necesarios tampoco te vas a rasgar las vestiduras por cambiar la situación... Sí lo ayudas y tratas de darle lo mejor entre paréntesis, pero también sabes que el sistema de salud te da medicamentos no tan efectivos que contraataquen la enfermedad o se tardan muchos días en adquirir el que se necesita y ahí pues no puedes hacer nada... situación que no se da con los pacientes privados porque ahí tú decides que medicamento o tratamiento es el mejor... Uno hace lo que puede, pero tampoco eres Superman para cambiar el mundo y menos este sistema tan retorcido”*

A manera de cierre de este capítulo se puede considerar que la identidad implica la percepción de un ser idéntico a sí mismo a través del tiempo, del espacio y de la diversidad de las situaciones y contextos que los individuos viven en la vida cotidiana.

Giddens (1997) hace alusión que el orden social se caracteriza por el surgimiento de instituciones modernas altamente dinámicas y por la desestimación de los usos y costumbres tradicionales lo cual impacta en la vida cotidiana y por ende en la expectativa individual. La vida moderna establece mecanismos que sitúan a la acción en circunstancias locales específicas de los sujetos y que determinan su identidad.

Para Dubar (2002), al analizar la identidad social dentro de la lógica de la socialización, considera que es un proceso en construcción y reconstrucción, y que están ligados a varias esferas de actividad, pero que son esenciales en la construcción de la subjetividad. Se puede notar que gracias a la narrativa que

los sujetos proporcionaron sobre la construcción de la identidad del oncólogo pediatra en formación, esta se da como parte del proceso de una búsqueda de identidad profesional que les permita ejercer y trascender a lo largo de su vida personal y profesional.

El cuestionamiento y construcción de la identidad profesional es un ejercicio permanente que comienza y termina en la conciencia individual mediante la visión pasada, presente y futura de cada individuo.

Finalmente estos resultados tienen un enfoque cualitativo y cuantitativo que concede un lugar fundamental al sujeto como un ser con una comprensión holística de sí mismo y de su entorno, fue un ejercicio para ellos donde se reconocieran como sujetos y profesionales, y que de cierta manera buscaran la coherencia a su experiencia de vida a propósito de ciertos tópicos sugeridos.

En este sentido la narración que hacen cuenta de su trayectoria personal y profesional principalmente en esta etapa de formación, generó que identificaran también los elementos que motivan sus acciones individuales y sociales, otorgando elementos para la comprensión y explicación de cómo se crea la identidad del residente de oncología pediátrica en formación y su impacto en la sociedad.

Conclusiones

El objeto de estudio indagado a lo largo de este trabajo de investigación, permitió reconstruir algunos elementos sobre el proceso de la identidad profesional y en específico sobre la identidad de los oncólogos pediatras en formación y de algunos egresados en esta subespecialidad. También posibilitó el entendimiento de contextos estructurados como la escuela, la familia, la profesión y la relación con la otredad, a partir de tener una idea más concreta del ser y el quehacer de esta profesión por parte de los sujetos involucrados en el estudio.

Por lo anterior la génesis del problema de investigación se ubica en una preocupación de tipo personal sobre varios aspectos vinculados a la identidad y al devenir de la formación de residentes de subespecialización dentro de los Hospitales considerados como escuela por ser formadores de recursos humanos de alto nivel, es decir, especialistas que por los años de estudio y el tipo de formación profesional basan gran parte de sus actividades en la asistencia e investigación

También se puede dar cuenta que la identidad es un proceso de construcción y reconstrucción de los individuos en general y que esto depende principalmente de las interacciones sociales y los diferentes contextos en los que se desarrolle y donde los sujetos toman conciencia de sus experiencias personales y profesionales.

Los hallazgos encontrados en el proceso de esta investigación, consiguieron coincidir con el planteamiento teórico de Dubar (2002) quien anota, que en principio, la identidad profesional no es factor genético o un marco de comportamiento sino que es un proceso en construcción o reconstrucción a lo largo de la trayectoria de vida del sujeto. En este sentido, esta construcción de identidad profesional de los residentes de oncología pediátrica resultó interesante porque reflejaron la forma en que el individuo toma conciencia sobre su ser y sobre su quehacer social y profesional, a partir de agentes de

interacción como referentes de sí mismos, padres, profesores, compañeros y la misma institución.

Esta toma de conciencia se consolida en base a la narración que ellos mismos hicieron sobre su vida y de sus esferas identitarias, tal y como lo plantea Dubet (1989) y Bertaux (2005) quienes consideran que la entrevista es un modo en el que los actores comprenden sus actos, su ser mismo y entorno en el que se desenvuelven. Este método permite flexibilidad para captar información de diferentes tipos, tanto numérica, conceptual, emocional e incluso inconsciente al propio sujeto.

Por ello, en las entrevistas fue notorio que la identidad es un constructo sumamente complejo de referentes de acción y de conciencias del mismo ser, que están ponderadas según los criterios de validez que cada individuo les imprime. Así, los sujetos entrevistados pudieron reconocerse como oncólogos pediatras pero también como seres humanos, como hombre o mujer, por poner algunos ejemplos. De aquí que la identidad profesional no sea algo inherente al individuo o bien algo dado por consenso social, sino que es impreso incluso para el propio sujeto en tanto que se va reconstruyendo durante la interacción con los diferentes esferas de la sociedad y las mismas crisis que pueda ir presentando conforme crezca personal y profesionalmente.

En este sentido, puede decirse que los hallazgos encontrados en esta exploración resolvieron la pregunta de investigación ¿Cómo se construye la identidad profesional de los médicos residentes en oncología pediátrica durante su formación como subespecialistas?, en tanto se demuestra con los datos obtenidos y su interpretación que la identidad es un continuum a través de momentos claves pertenecientes a la interacción dentro de los contextos estructurados de la familia, la otredad, la institución y la profesión. Es decir, se muestra que el origen a la identidad profesional de oncólogos pediatras se localiza en el momento en que deciden realizar la subespecialización y se asumen como tal, sabiendo que tendrán un difícil camino por la patología a tratar. También por lo que expresaron del futuro profesional como un valor de vida por su vínculo con el reconocimiento social.

Tal como se mencionó en el capítulo II, la identidad profesional es un constructo que se va delineando junto con la identidad del Yo de cada sujeto, por lo que se acompaña de un proceso de maduración individual y por tanto de una paulatina concretización de un proyecto de vida escolar a una profesional. La construcción de la identidad profesional presenta un permanente cuestionamiento y replanteamiento del futuro escolar y laboral a partir de la comprensión consciente de la historia de vida personal, según las particularidades vivenciales dentro de cada contexto y destacando la dimensión relacional con otros sujetos de interacción, así como con normas, códigos y procesos institucionales.

Otro momento importante de la construcción de la identidad se ubicó dentro del contexto estructurado de la institución por cuanto hace a la elección de ésta, por ser el lugar elegido para realizar la residencia, algunos desde pediatría y otros solo en oncología pediátrica. En este punto se definió el perfil del anhelo de reconocimiento por haber tenido como centro de formación el Instituto Nacional de Pediatría, como lo mostró la investigación.

Por lo que se puede considerar que el periodo identitario cimbra las bases de la identidad del ser y del quehacer como oncólogo pediatría; y que al presentarse las crisis identitarias representada por las expectativas y las cuestiones médicas, académicas e institucionales a las que se van enfrentando, tanto en la formación como en la práctica profesional futura, consolidan o tambalean la personalidad que se han creado.

El cuestionamiento y reconstrucción de la identidad profesional es un ejercicio permanente que comienza y termina en la conciencia individual mediante la visualización pasada y futura de sí mismo. En este ejercicio de imaginar una expectativa laboral a mediano plazo invita a los oncólogos pediatras a evaluarse a sí mismos en términos relacionales y subjetivos, y a partir de ello elaborar una reconstrucción coherente de su trayectoria de vida en términos proyectivos

En la medida en que la identidad profesional se mantiene en un sentido positivo, por así decirlo, la proyección laboral buscará dar continuidad al contexto laboral, la interacción con los agentes de otredad y la vinculación con

la subjetividad del individuo. Esto se puede notar cuando en su mayoría de los residentes de oncología pediátrica entrevistados tienen expectativas latentes de potencializar su profesión y desarrollarse no solo profesionalmente sino también personalmente.

Finalmente en el caso de las trayectorias profesionales, el punto de convergencia es el hecho de pertenecer a un mismo mundo social, es decir, a espacios y procesos sociohistórico donde los residentes de oncología pediátrica se relacionan entre sí y mediante los cuales se construye permanentemente el proyecto de vida mismo, destacando que las relaciones con la otredad son determinantes, y que el caso de esta profesión son determinantes para la atención de sus pacientes.

Fuentes consultadas

Salvador Aguirre. El mérito y la estrategia. Clérigos, juristas y médicos en Nueva España, México, Universidad Nacional Autónoma de México 2004

Jeffrey Alexander. "El interaccionismo simbólico y la obra de Blumer y Goffman" En Las teorías sociológicas desde la Segunda Guerra Mundial Edit. Gedisa España 2008

Daniel Bertaux. Los relatos de vida. Perspectivas etnosociológica. Edit. Ballaterra Barcelona, España 2005

Zygmunt Bauman. Identidad Edit. Lozada Buenos Aires, Argentina 2005

Antonio Bolívar (et.al) Archivos analíticos de políticas educativas. España 2005

Pierre Bourdieu & Loïe Wacquant. Respuesta: por una antropología reflexiva. Editorial Grijalbo. México 1995

Aquiles Chihu. Sociología de la Identidad. Editorial Miguel Ángel Porrúa México 2002

Jesús Gómez. Breve descripción de la Provincia de México de la Compañía de Jesús, según el estado en que se hallaba el año de 1767. Tesoros documentales de México. Siglo XVIII. Edit. Patria 1994

Philippe Corcuff. Las nuevas sociologías. Construcción de la realidad social. Alianza Editorial 1998 Paris, Francia

Claude Dubar. La crisis de las identidades. La interpretación de una mutación. Edición Bellaterra, 2002 Barcelona España

François Dubet. De la sociología de la identidad a la sociología del sujeto. En Revista de Estudios Sociológicos. Vol. VII numero 21 septiembre-diciembre. El Colegio de México 1989

Guillermo Fajardo. Del Hospital de Jesús a Institutos, Centros Médicos y Albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003 Fundación GlaxoSmithkline 2003

Silvia Fuentes. Análisis de un proceso identificatorio: los sociólogos de la ENEP-Aragón, 1979-1983 Revista Mexicana de Investigación Educativa enero-junio Vol. 3, núm. 5 1998 pág. 77-100

Anthony Giddens. La Construcción de la Sociedad base para la Teoría de la Estructuración. Edit. Amorroutu 1995 Buenos Aires, Argentina

Anthony Giddens. Modernidad e identidad del Yo. El Yo y la sociedad en la época contemporánea. Edit. Península 1997 Barcelona, España

- Gilberto Giménez. La identidad social o el retorno del sujeto en sociología. Revista ISSEE 1992 pág. 183-205
- Gilberto Giménez. Materiales para una teoría de las identidades sociales. Revista Frontera Norte, Vol. 9 núm. 18 julio-diciembre 1997 México pág. 9-28
- Gilberto Giménez. Paradigmas de Identidad En Sociología de la Identidad. Editorial Miguel Ángel Porrúa 2005
- Gilberto Giménez. Teoría y análisis de la cultura. Vol. I y II CONACULTA Colección Intersecciones. 2005
- Victoria González. Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu. Rev. Fac. Nac. Salud Publica 2012:30 (3) 338-346
- Gerardo Martínez. La Medicina en la Nueva España, siglos XVI y XVII. Instituto de Investigaciones Históricas UNAM 2014
- Siddhartha Mukherjee. El Emperador de todos los males. Una Biografía del Cáncer. Editorial Taurus 2012
- Zaira Navarrete. Construcción de una identidad profesional. Revista Mexicana de Investigación Educativa, Vol.13, núm. 36, enero-marzo 2008 pág. 143-171
- Mónica Pacheco y Luis Madero. Oncología Pediátrica. Revista de Psicooncología Vol. 0, Núm. 1 Madrid España 2003
- Parsons Talcott. Las profesiones y la Estructura Social. Ensayos de teoría sociológica. Editorial Paidós 1956 Buenos Aires, Argentina.
- Leticia Pérez. Las cátedras de la Universidad de México. Entre estudiantes y doctores”, en Leticia Pérez (coord.). De maestros y discípulos. México, Siglos XVI-XIX, México, UNAM-CESU 1998
- Juan Riera. Historia, medicina y sociedad. Pirámide Madrid 1985
- Roberto Rivera. El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista. Edit. Editores de Textos Mexicanos 2007
- Dorothy Tanck. El siglo de las Luces En Historia mínima. La educación en México. El Colegio de México 2011 pág.67-98
- María Luisa Tarres. Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social. FLACSO/Colegio de México Porrúa 2001
- Hedald Tolentino. Orientaciones y significados del trabajo en un grupo de enfermeras de elite en la Cd. de México. Madrid, UAM-Anthropos 2007
- José Luis Torres. La identidad profesional de las profesoras de educación primaria en México. Un estudio sobre transiciones objetivas y subjetivas en

contextos socialmente estructurales. Tesis doctoral. Posgrado en Estudios Sociales. UAM 2005

Alain Touraine. Producción de la sociedad. Editorial UNAM-IFAL 1995

Irene Vasilachis. Estrategias de investigación cualitativa. Edt. Gedisa 2007
Barcelona, España

Anexos



GUÍA DE ENTREVISTA

I. IDENTIDAD PARA SI

(Historia de vida y proyección a futuro)

1. Cómo podría definirse desde su concepto personal y profesional
2. Que significa para usted tener carrera universitaria y posteriormente ejercerla como una profesión
3. Quienes han sido las personas más significativas en su vida educativa-profesional
4. Cual ha sido la experiencia más significativa que ha marcado su desarrollo profesional durante su formación como oncólogo pediatra

II. IDENTIDAD PARA OTROS

(Instituciones y actores)

5. Como cree que lo ven los médicos adscritos, tanto en la cuestión personal como en lo profesional
6. Considera que el ambiente institucional-educativo es el adecuado para la formación de oncólogos pediatras bajo el lema de "Líderes de opinión"

III. SITUACION IDENTITARIA

(Relación entre la identidad para sí, los otros y lo profesional)

7. Le parece que la identidad es un proceso que está en constante construcción debido a los diferentes momentos de la vida
8. Su formación como médico es diferente al de las demás carreras profesionales, como por ejemplo los años que toma en estudiarla, se ha enfrentado a una serie de circunstancias para poder llegar hasta la subespecialidad de oncología pediátrica. Considera que ha tenido crisis identitarias, es decir, momentos que lo han puesto a pensar si la subespecialidad que eligió es realmente lo que quiere y vale la pena continuar con esta formación

9. Cómo piensa que será su vida profesional ahora que deje de ser residente e incursione en la vida profesional como oncólogo pediatra
10. Considera que existen diferencias académicas y profesionales entre los residentes que tienen toda su formación en el INP con aquellos que solo vienen a realizar la subespecialidad

Preguntas de reflexión

11. ¿Considera que la situación del país en la actualidad con referencia a la búsqueda de empleo, pueda ser un factor que le afecte directamente en su desarrollo profesional?
12. Usted ¿Cómo ve el sistema de salud a nivel nacional?

CUESTIONARIO

I. DATOS PERSONALES

1. ¿Cuál es su edad?

28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
38	39	40	41	42	43	44	45	46	47

2. ¿Cuál es su estado civil?

Soltero (a)	Casado (a)	Unión libre	Divorciado (a)	Viudo (a)
-------------	------------	-------------	----------------	-----------

3. Lugar de nacimiento

II. DATOS FAMILIARES

4. ¿Cuál es el grado académico de su padre?

Educación Básica	Nivel Medio Superior	Superior	Posgrado	Otro
---------------------	-------------------------	----------	----------	------

5. ¿Cuál es el grado académico de su madre?

Educación Básica	Nivel Medio Superior	Superior	Posgrado	Otro
---------------------	-------------------------	----------	----------	------

III. DATOS ACADÉMICOS

6. ¿Dónde realizó la carrera de medicina? (Institución y lugar)

7. ¿Que lo llevo a usted a elegir la carrera de medicina?

8. Usted quiso ser médico por: (elija solo dos opciones, poniendo 1 para la de mayor peso y 2 para la de menor)

- a) Vocación
- b) Profesión
- c) Reconocimiento social
- d) Presión socio-familiar

- e) Reconocimiento económico
 - f) Herencia familiar
 - g) Porque quería ayudar a la humanidad
9. Usted quiso ser Pediatra por: (elija solo dos opciones, poniendo 1 para la de mayor peso y 2 para la de menor)
- a) Vocación
 - b) Profesión
 - c) Reconocimiento social
 - d) Le gustan los niños
 - e) Para mejorar la salud en la población infantil
 - f) Presión socio-familiar
 - g) Para ahorrar en la consulta si un día tiene hijos
 - h) Porque es una área de la medicina que le apasiona
 - i) Porque era su meta en la vida
10. Usted quiso continuar formándose como Oncólogo Pediatra por: (elija solo dos opciones, poniendo 1 para la de mayor peso y 2 para la de menor)
- a) Vocación
 - b) Profesión
 - c) Reconocimiento social y profesional
 - d) Porque alguien influyo determinadamente en usted para ser Oncólogo Pediatra
 - e) Porque va a ganar mucho dinero
 - f) Porque es un área de la medicina que le apasiona
 - g) Porque no tenía nada que hacer
 - h) Para no dejar nunca de ser un estudiante
 - i) Le da miedo enfrentarse a la vida profesional, y así tiene una forma de justificarse
 - j) Para mejorar la salud de la población infantil

EGRESADOS																															
12	DR. JIMENEZ	F	C	BOLIVIA	DOCTOR	UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES LA PAZ, BOLIVIA	6 AÑOS	1997-1998	1997-1998	8699	3 AÑOS	HOSPITAL DEL NIÑO DE LA PAZ DE BOLIVIA	UMSA	1994-1997	TITULADO	RO182	BOLV.	HIM	1998-2000	SI	RO182	SI	TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORIAS HEMATOPOIETICAS	INP	DIPLOMADO EN EDUCACIÓN SUPERIOR	2005	UMSA	CERTIFICADO	-	JEFE DE SERVICIO DEL HOSPITAL DE BOLIVIA	
13	DR. MORENO	M	S	AGS.	LIC. MÉDICO CIRUJANO	UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES	6 AÑOS	2001-2007	4314188	3 AÑOS		INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	INP-UNAM	2007-2010	INCONCLUIDO	INCONCLUIDO	DF	INP	2010-2012	INCONCLUIDO	INCONCLUIDO	SI	-	-	MAESTRÍA EN CIENCIAS MEDICAS	2012-2014	INP	INCONCLUIDO	-	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	
14	DR. TORRES	M	C	DF	LIC. MÉDICO CIRUJANO	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO	6 AÑOS	1997-2002	8837468	3 AÑOS		INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA	INP-UNAM	2008-2008	TITULADO	7440508	DF	INP	2007-2009	TITULADO	7440510	SI	TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORIAS HEMATOPOIETICAS	HOSPITAL DE CHICAGO, ILLS ESTADOS UNIDOS (2009)	MAESTRÍA EN CIENCIAS MEDICAS	2012-2014	INP	T CON HONORES	POSTULADO		INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

Cuadro 6. Trayectorias académicas de los sujetos entrevistados