

La transición PreClínico-Clínico en la carrera de Medicina

Una aproximación a su estudio como transición intracurricular

Ana Gabriela Esther Enriqueta Cabrera López

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE BARCELONA

U

B

Facultad de Pedagogía

Departamento de Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación

Doctorado: «Calidad Educativa en un Mundo Plural»
Bienio 2000-2002

La transición PreClínico-Clínico en la carrera de Medicina. Una aproximación a su estudio como transición intracurricular

T E S I S D O C T O R A L
para optar al Grado de Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación,
que presenta **ANA GABRIELA ESTHER ENRIQUETA CABRERA LÓPEZ**
bajo la dirección del **DR. SEBASTIÁN RODRÍGUEZ ESPINAR**

Barcelona, 2005

Capítulo 3

El Estudio de las Transiciones

Contenido

- 3.1 Las Transiciones: Un referente *global*
- 3.2 Las Transiciones Psicosociales
Perspectivas Sociológica, Psicológica y Educativa
- 3.3 Las Transiciones Académicas: De la Secundaria a la Universidad
Estudios sobre la Transición Secundaria-Universidad
El caso de los estudiantes de Medicina de la UB. (Cohortes 1998 y 1999)
- 3.4 Las Transiciones de la carrera de Medicina
La trayectoria hacia la identidad profesional
Un foco: El paso del PreClínico al Clínico
La preselección de una Especialidad médica

RESUMEN. La estructura del capítulo parte de la conceptualización genérica de las transiciones y la descripción del contexto en que ocurren; enseguida se abordan tres perspectivas teóricas sobre el estudio de las transiciones: sociológica, psicológica y educativa. Después, se reseñan estudios sobre los factores que afectan las transiciones en el mundo educativo universitario, finalizando con el caso concreto de la transición bachillerato-universidad de los estudiantes de Medicina de la UB, cohortes 1998 y 1999, lo que conduce al análisis de los estudios de Medicina como proceso curricular formador de identidad profesional, al de las transiciones PreClínico-Clínico y hacia el mundo laboral que, en este caso, se orienta a la preselección de una especialidad médica.

3.1 Las transiciones: un referente *global*

El abordaje de las transiciones como objeto de análisis e interpretación de la realidad requiere distinguir entre cambio y transición. De acuerdo con Fisher y Cooper (1990), los cambios y transiciones son componentes inherentes a la vida humana, son, incluso, más naturales que el equilibrio y la estabilidad. Por un lado, el **cambio** implica una modificación/sustitución de un hecho o elemento por otro; y generalmente tiene una duración corta y drástica. Por su parte, la **transición** implica procesos imbricados con una duración relativamente prolongada; necesariamente, la transición conlleva cambios, mientras que el cambio no incluye siempre a la transición. Dupuy (1998) sostiene que los procesos internos –psicológicos– se presentan en todo proceso de transición; en tanto que los procesos externos tienden a caracterizar al cambio. Por otra parte, el cambio es puntual, mientras que la transición es gradual.

Las transiciones pueden clasificarse en: psicosociales (personales, académicas y laborales), culturales, políticas, económicas, históricas; además, existen otros criterios para estudiarlas como son el origen, la finalidad o su temporalidad. En este marco conceptual el punto de enfoque se ha puesto en las transiciones psicosociales donde se ubican las educativas, si bien al acontecer en un espacio y tiempo determinados las mismas se hallan enmarcadas en el proceso de transición socioeconómica y política propio de su contexto.

La transición es, pues, una constante en la vida actual. Los cambios de los últimos treinta años se han sucedido de manera vertiginosa, forzando la asimilación de nuevas formas de vida y relaciones sociales en un plano de incertidumbre creciente. Como se ha mencionado en el Capítulo 1, la globalización ha afectado casi todos los ámbitos de la sociedad, la vida personal, el trabajo, la educación y los servicios asistenciales.

Castells (2001) afirma que la economía mundial tiene hoy la capacidad de funcionar como una unidad en tiempo real, independientemente de la latitud en que se encuentren los macroinversores. Así, los grandes movimientos de capital dan lugar a procesos macroeconómicos que transforman otras áreas, políticas y sociales. En lo político, se observa una tendencia a la descentralización de las grandes decisiones, las cuales se toman –cada vez más– en organismos internacionales. Es el caso de las decisiones en política educativa, social y en empleo.

Las transformaciones sociales, tecnológicas y económicas impactan directamente en el trabajo, cuyos contenidos, medios, métodos y relaciones sociales del trabajo se ven modificados (Echeverría, Isús y Sarasola, 2001). Los nuevos modelos laborales demandan nuevas cualificaciones y nuevas competencias: técnicas, metodológicas, participativas y personales, apoyándose en una necesaria evolución de los procesos de enseñanza y aprendizaje. Se promueve el trabajo autónomo, competente y competitivo. Ante este escenario, en casi todo el mundo se han desarrollado políticas encaminadas al mejoramiento de la calidad en la educación.³⁴

En conclusión, los procesos económicos, políticos y sociales, se expresan en cambios en las políticas educativas –planes de estudio, normativas de acceso y egreso, mecanismos de certificación, etc.–, que afectan directamente al macrosistema de la educación superior europea, al mesosistema de la educación médica española, y al microsistema de la Universidad de Barcelona. Tales cambios modifican las trayectorias vitales de los estudiantes y egresados, en particular, sus transiciones académicas y laborales.

³⁴ Ya desde los años setenta la llamada teoría del capital humano fue la base para que los gobiernos destinaran grandes inversiones a la educación superior. Esto aseguraría el desarrollo y crecimiento tecnológico. (Wyn y Dwyer, 1999).

3.2 Las transiciones psicosociales

Sin duda alguna, el sistema educativo y, específicamente, la educación de un individuo implican dos importantes coordenadas: la psicológica y la sociológica, esto es, la persona y su contexto educacional. Por tanto, las teorías y postulados que se abordan a continuación, tienen el propósito de encuadrar el análisis de la dimensión sociopersonal en las transiciones académicas, concretamente, las de Medicina.

Las transiciones psicosociales se refieren a los pasos o puntos de inflexión en el curso de la vida (paso del hogar a la escuela, entre niveles escolares, matrimonio, o maternidad, jubilaciones, cese laboral) o del desarrollo humano (adolescencia, senectud). El estudio del ciclo vital a través de las diferentes fases: infancia, niñez, adolescencia, juventud, adultez y senectud, también ha sido objeto de análisis, toda vez que cada una de estas fases se solapa con la antecedente y la subsiguiente, evidenciando el carácter gradual y progresivo del desarrollo evolutivo.

No obstante, el transitar de una fase a otra, puede implicar que varias transiciones psicosociales se presenten dentro de una misma fase del ciclo vital para la persona; por ejemplo, puede cambiar de escuela y lugar de residencia, o de empleo y además casarse. Ahora bien, desde hace tres décadas el término transiciones se ha aplicado explícitamente en las ciencias del comportamiento y educativas para definir procesos sociopersonales que tienen lugar a lo largo del ciclo vital de las personas.

Con las mejoras en la calidad de vida los periodos vitales se han prolongado, por ejemplo, la juventud se ha extendido más allá de los 25 años y la esperanza de vida supera los 75 años en los países desarrollados. Por esto, también han cambiado los paradigmas para estudiar las transiciones vitales. Wyn y Dwyer (2000) sostienen que para muchos investigadores de las transiciones, la juventud no es ya únicamente o linealmente la fase previa a la adultez, caracterizada por su temporalidad y los cambios en el desarrollo físico, psicológico y social, sino que actualmente existen otros factores que “convierten” a un joven en adulto, como son el acceso a un trabajo o la paternidad, de modo que no puede hablarse sólo de un proceso lineal.

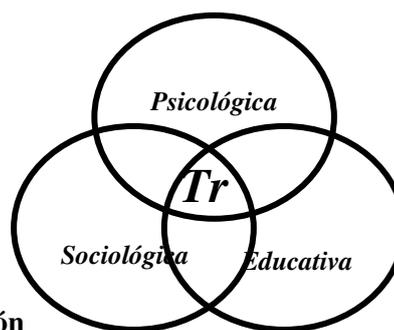
En virtud de ello, Wyn y Dwyer observan tres tendencias en los estudios sobre jóvenes en transición que, a la vez, han de convertirse en tres posturas para la acción: la primera se refiere a la reacción de los jóvenes ante al cierre de opciones; los autores llaman la atención sobre la paradoja de que los chicos parecen estar conscientes de las restricciones sociales -estudio/trabajo- y, al mismo tiempo, mantienen una percepción optimista del futuro, desarrollando otras perspectivas y proyectos de vida, susceptibles de análisis por los investigadores.

La segunda postura alude a la multidimensionalidad de ‘vidas’ o roles que los jóvenes habrán de representar a lo largo de su vida adulta, considerando que esta inicia más tempranamente en la actualidad. Tal realidad actual lleva a los autores a tomar partido por métodos más holísticos e integrales en el estudio de las transiciones psicosociales, que den cuenta de cambios profundos no siempre observables, y posibiliten distinguir entre la calidad y cantidad de esos cambios a nivel individual.

Una tercera postura que defienden los autores es la de otorgar voz activa a estos actores sociales, los jóvenes. Asumen una posición crítica respecto de investigadores que, basándose en su experiencia profesional se “apropian” de la voz y pensamiento de sus jóvenes objeto de estudio, interpretando sus percepciones, actitudes y valores; por ello, Wyn y Dwyer (2000) abogan por un enfoque más centrado en el joven, en el actor social para dar cuenta de sus propios procesos. Refieren los trabajos de Rudd y Evans (1998, y Rudd, 1997) que critican posturas deterministas respecto a las trayectorias vitales de los jóvenes, ante el ‘embate’ de factores macroestructurales, desestimando la capacidad de los jóvenes de tomar acción por sí mismos en cuanto a su propio desarrollo e inserción social, sea este de ajuste o de resistencia.

Con base en lo expuesto, el análisis de una transición académica requiere una revisión de los principales abordajes teóricos desde la sociología, la psicología y la educación, fundamentalmente, a partir de una propuesta conceptual y metodológica, enmarcada en las premisas de la Orientación Educativa como disciplina de apoyo a la formación integral del estudiante: la del equipo TRALS (2001) de la UB.

Esquema 2.
Enfoque tridimensional para el
Estudio de las Transiciones en Educación



Se trata de un enfoque tridimensional basado en las perspectivas sociológica, psicológica y educativa del estudio de las transiciones que, como lentes sobrepuestos, permiten abordar los elementos estructurales de orden socioeconómico; del entorno socioeducativo como son los diferentes escenarios y niveles escolares, y los de tipo sociopersonal, como son los atributos académicos individuales.

Perspectiva sociológica

Casal y otros (1997: 298) proponen el análisis de las transiciones escuela-trabajo. Consideran al discurso político del Estado y a sus programas públicos para afrontar la deserción, abandono y fracaso escolares; así como el alargamiento del periodo en que el joven egresa de la escuela y se inserta en un trabajo. Su perspectiva estructural define a la transición “como un sistema de dispositivos institucionales y procesos biográficos de socialización que, articulados, intervienen en la vida de las personas desde su pubertad y hasta la consecución de su emancipación profesional, familiar y social.” Las dimensiones de análisis que postulan son el contexto sociohistórico en donde se desarrolla la transición de la persona, y su propio proceso biográfico, es decir, su historia/trayectoria personal.

Como realidad sociohistórica afirman los autores, la transición comporta un contexto territorial, cultural y político preciso, desde los que se puede ubicar a la transición temporal (período o fase de desarrollo social) y espacial (región, hábitat, factores de desigualdad social como etnia, clase o género; y modelos de orientación social como tipo de familia, grupos de referencia). En el caso de los estudiantes de Medicina de la UB, forman parte de un grupo más amplio matriculado en cuatro escuelas de Medicina de Cataluña, región en la que se ubica esta investigación.

La transición de los egresados de Medicina no ocurre como en las otras titulaciones universitarias, hacia el mundo laboral directamente, sino que han de procesar su elección profesional de la especialidad médica, realizar el examen MIR y colocarse en una plaza como médico residente, donde realizará labores como profesional de la Medicina devengando un salario y, a la vez, tendrá un estatus de estudiante de especialidad. Por tanto, es esta una peculiar transición escuela-trabajo.

Como proceso biográfico, Casal postula que la persona puede ejercer su autonomía para tomar decisiones en función de sus expectativas de futuro y uso particular de los recursos sociales. El alumnado que ha cursado seis años de licenciatura en Medicina, ha de tener en cuenta que para lograr su meta profesional, en realidad tendrá que continuar estudios por dos o cuatro años más, para comenzar una vida laboral activa, con lo cual otras metas vitales –establecerse como pareja o ser padre/madre- podrían postergarse más en el alumnado de Medicina que en los de otras titulaciones.

Esta prospectiva de futuro debe estar presente en el momento en que el estudiante de secundaria está tomando la decisión de los estudios a seguir. El autor advierte que no obstante que el estudiante está sujeto a las estructuras sociales, puede comportarse como un agente activo y promotor de su desarrollo, lo que conduce a preguntar: ¿qué

alternativas tienen o qué trayectorias laborales o formativas siguen aquellos egresados de licenciatura en Medicina, que no aprueban el examen MIR?

Finamente, Casal identifica otro sistema que denomina de dispositivos institucionales sociales los cuales configuran y determinan la calidad y el carácter de la transición. En éste ubica al Sistema Educativo como agente diversificador de trayectorias de formación, e instituciones reguladoras del mercado de trabajo y del sistema productivo. Para los egresados de Medicina, el Sistema Educativo entra en relación con el Sistema de Sanidad, entidad encargada de gestionar el acceso, curso y egreso de los licenciados en Medicina en el mundo laboral como profesionales-estudiantes: los médicos internos residentes.

Se trata, pues, de una entidad no educativa que instrumenta los dispositivos institucionales –convocatoria, examen, evaluación y distribución de estudiantes en las diversas regiones del Estado-, a partir de la nota alcanzada en los exámenes, la demanda y el número de plazas disponibles, con lo cual asume la responsabilidad de la colocación de personal sanitario en formación a lo largo del territorio y, se supone, de la satisfacción de las necesidades sociales de servicios de salud.

Perspectiva psicológica

Parkes (1971), Schlossberg (1984, 1995 y 1997), y Nicholson (1990), asumen a las transiciones psicosociales como eventos procesuales, con efectos duraderos que llegan a cambiar la representación del mundo de las personas.

Parkes (1971: 112) aportó una nueva visión de las transiciones personales remontando la connotación de *crisis* de la perspectiva psicodinámica, y las definió como “un cambio necesario que requiere el abandono de un conjunto de supuestos y la adopción de otros, diferentes, que le permitirán a la persona afrontar una nueva fase de su vida.” Enfatizó que estos cambios serán significativos en la medida en que impacten las creencias, los valores, la idea propia del mundo que la persona tiene, su interpretación del pasado y sus expectativas de futuro. En el caso de los estudiantes de Medicina es probable que, al arribar a la enseñanza Clínica y contactar con los pacientes y la dinámica asistencial, llegasen a modificar sus esquemas valorales y compromisos respecto de su profesión.

Una transición, de acuerdo con Parkes, ocurre en un tiempo histórico determinado y en un contexto social definido, que producen o afectan los cambios en la personas. Las transiciones psicosociales al implicar situaciones nuevas y desconocidas pueden generar reticencia, estrés y dolor, dificultando el afrontamiento y superación exitosa de las mismas; no obstante, en la medida en que las personas se ‘preparasen’ antes de

iniciar la transición, adquiriesen conciencia de la misma, obteniendo información adecuada, podrían contar con mayores facilidades para franquear este paso.

La propuesta de Parkes llamó la atención sobre los procesos cognitivo-afectivos implicados y se enfocó en la categorización de los eventos presentes en la transición; también identificó como criterios de análisis a la duración, la velocidad y la intensidad de los efectos cognitivo-afectivos. Su mayor aportación, de acuerdo con Dupuy (1998: 49), es que otorgó a la transición una posición de categoría específica de cambio, claramente diferenciada de otras situaciones de cambio en la vida de las personas.

Por su parte, Nancy Schlossberg (1984, 1995 y 1997), define a la transición personal como “todo evento o ausencia del mismo, que puede afectar las relaciones, rutinas, creencias y roles del individuo”. Schlossberg (1995:27), distingue tres tipos de transiciones: **previstas**, **imprevistas** y **no sucedidas**; entre las no sucedidas o ausentes, la autora atribuye como **origen**, cuatro “no acontecimientos”: **personales** (faltar a un examen); de **rebote** (que, teniendo un acuerdo sobre algo con un amigo, éste falle o deje de acudir); **resultantes**: que un suceso afecte los planes de la persona en transición, (abandonar los estudios por desempleo súbito del padre-madre); y **diferida**, que el acontecimiento sólo postergue su aparición.

La autora propone tres elementos para analizar el proceso mediante el cual se llega a superar una transición:

La tipología de la transición: Es indispensable que la persona sea consciente del tipo de acontecimiento que habrá de afrontar; ha de identificar si se trata de un suceso directo o indirecto, y el impacto que éste podría tener en cuanto a roles, relaciones, adecuaciones vitales y hábitos. El alumnado de Medicina de la UB, ¿sabe qué le espera después del tercer curso?

Los recursos de afrontamiento: La persona ha de identificar las características principales de su propia transición, como su origen, su duración, sus experiencias previas, la evaluación que hace de la misma. A nivel individual también debe reconocer sus recursos psicológicos (autoestima, personalidad), relacionales (interacción social) y cognitivos o intelectuales (mecanismos de autocontrol), a fin de prepararse y ‘percibirse’ preparada para afrontar la transición. En cuanto al contexto, habrá de identificar sus fuentes, funciones y valoraciones de sus recursos de apoyo; familia, amistades, retroalimentación y confianza en este soporte social. Es probable que un alumno de PreClínico informado y conciente de las inminentes demandas y de sus propios recursos personales y académicos. Logre aprovechar mejor la enseñanza clínica.

El resultado de la misma. La asimilación del cambio comportará reacciones positivas o negativas en el futuro. Antes de iniciar la transición y durante la misma, la persona se habrá ido concienciando acerca de cómo le ha afectado esta: una vez superada la propia transición será capaz de identificar la forma en que la ha afrontado, evaluando su actuación durante el proceso, a la luz de los resultados, que pueden ser satisfactorios o insatisfactorios. ¿En qué momento de su formación Clínica, el alumnado de Medicina de la UB, hace una reflexión como la que Schlossberg sugiere?

Resumiendo, el superar exitosamente una transición comporta tres acciones: *a)* identificar la presencia o falta de un evento o suceso como una transición; *b)* reconocer los recursos propios para su afrontamiento y *c)* analizar el resultado de la transición. Con base en las dos primeras, la persona podrá comenzar a prepararse para afrontarla, hacer las adecuaciones en sus roles, prever la duración y analizar una transición anterior, cuya experiencia le beneficie en el actual tránsito. Como puede observarse, la información, el autoconocimiento y la concienciación, juegan un papel fundamental en una travesía provechosa.

La teoría sociocognitiva de Bandura (1990 y 1999) aporta el constructo de las expectativas de autoeficacia y el papel que estas juegan en la formulación de metas, motivación, resistencia y resultados. Bandura postula que la persona puede autorregular su propio comportamiento mediante dos mecanismos cognitivos, el pensamiento y la motivación. Si la persona ‘cree’ que lo puede y sabe hacerlo bien, lo hará bien. Las creencias son producto del aprendizaje por observación y de su experiencia. La persona pone en juego en el contexto sociorrelacional, su repertorio nato y adquirido de habilidades y actitudes, que le devolverá una ‘imagen’ de sí mismo, más o menos positiva o negativa, la cual se convertirá en un referente cognitivo-afectivo tanto para realizar como para evaluar acciones posteriores.

En el caso de la conducta académica, si el estudiante posee una autopercepción de eficacia y capacidad en su desempeño escolar tiende a creer que realizará bien la siguiente tarea; de esta forma el estudiante se automotiva para afrontar con mejor actitud los retos del aprendizaje, impulsándolo a mantener el ritmo y el esfuerzo en sus estudios. Su percepción y creencia en su eficacia también es alentada por la opinión de sus profesores y condiscípulos; de ahí la importancia que la realimentación sobre prácticas y exámenes tiene sobre el propio desempeño del alumno.

Por su parte, Nicholson (1990), más enfocado al estudio de las transiciones laborales o escuela-trabajo, aborda el tema a partir de las interacciones persona-entorno en el proceso de adaptación a un nuevo rol profesional, como el ingreso o ascenso dentro de una organización o puesto de trabajo. El autor propone un modelo del ciclo de la transición con cuatro fases:

Cuadro 10. Elementos del Ciclo de la Transición.* (Nicholson, 1990)

<i>Fases</i>	<i>Tareas/ Metas</i>	<i>Dificultades y escollos</i>	<i>Estrategias y remedios</i>	<i>Sistemas de gestión</i>
<i>I. Preparación</i>	Desarrollar expectativas, motivaciones, sentimiento y apoyos	Temores, renuencia y falta de preparación	Presunciones realistas, contactos previos, autovaloración	Solicitud de empleo, educación, formación, análisis de carrera y consejo
<i>II. Encuentro</i>	Confianza en el afrontamiento, búsqueda de sentido, disfrute	Impacto, rechazo, remordimiento	Apoyos sociales, libertad para explorar y descubrir	Contratación y formación; inducción y socialización; análisis del trabajo y del grupo; planeación y programación del trabajo.
<i>III. Ajuste</i>	Cambio personal, desarrollo de roles y establecimiento de relaciones	Inadaptación, degradación, resentimiento	Tareas reales; éxito inicial; retroalimentación sobre fallos; mecanismos de control	Estilo de supervisión y mecanismos de retroalimentación sobre el desempeño; actividades de desarrollo personal y de equipo; rediseño del trabajo.
<i>IV. Estabilización</i>	Confianza firme, compromiso y eficacia en las tareas y con las personas.	Fracaso, impostura, fatalismo	Conjunto de metas; valoración de la evolución del nuevo rol, manejo prudente	Sistemas de control del liderazgo; asignación de recursos, revisión y evaluación del desempeño

(*) Elaboración propia.

Distingue dos estrategias de afrontamiento de la transición: como desarrollo personal y como desarrollo de rol. En el caso del **desarrollo personal**, la persona que transita busca modificar sus marcos de referencia, su sistema de valores, o su estilo de vida, para ajustarse a la nueva situación. Por otro lado, la persona puede intentar cambiar la situación que encuentra, es decir, adoptar una estrategia de **desarrollo de rol**, cambiando las exigencias del rol, buscando adecuarlas a sus propias necesidades, capacidades e identidad.

Nicholson (1990) también postula que el ciclo de la transición se basa en tres principios:

Recurrencia (*Rercusion*): El movimiento entre etapas es continuo, de la etapa de Estabilización surge una nueva preparación para la siguiente transición. En Medicina, cuando la transición secundaria-universidad se ha estabilizado, al finalizar el ciclo PreClínico, inicia la preparación para la transición al ciclo Clínico.

Autonomía (*Disjunction*): Los procesos psicológicos y experiencias se ubican mayoritariamente en cada una de las etapas. Así, las expectativas y motivaciones conforman el núcleo característico de la fase de **Preparación** para la transición; por ejemplo, las expectativas y motivaciones del alumnado antes de arribar a la enseñanza Clínica. Pero, el autor sostiene que las emociones y las percepciones predominan durante la fase de **Encuentro**, V.g., es probable que esto ocurra al inicio de la

Transición PCI-CI, cuando los estudiantes contactan por primera vez con el dolor y la actuación profesional médica.

Interdependencia (*Interdependence*): Los sucesos de cada etapa influyen en forma determinante sobre lo que sucederá en la etapa subsiguiente. Si las estrategias de Ajuste a la transición son reactivas, en la fase de **Estabilización** se habrá establecido un tipo de conexión inadecuada entre la persona que transita y la situación; es posible que el alumnado de Medicina ‘aprenda’ una forma poco eficaz de ajustarse, V.g. manifestar actitudes de trato impersonal con los pacientes, ante su escasa habilidad o disposición para generar confianza mutua y empatía en su relación con los pacientes.

Nicholson (1984), identifica cuatro modalidades de adaptación a las transiciones:

Replicación: Se caracteriza porque la libertad de acción de la persona sobre sus objetivos y medios, así como la novedad de su nuevo rol, tienden a ser débiles y limitados. Puede ocurrir que un escenario Clínico con normativa poco flexible, que recibe a un joven escasamente informado sobre lo que encontrará en ese lugar, pueda originar una actitud pasiva-receptiva en el estudiante, ante su aprendizaje en el Periodo Clínico.

Absorción: La persona aprende el nuevo rol, asimilando las exigencias de la nueva situación. La libertad de acción del individuo es débil, mientras que la novedad del rol es elevada. Esto podría aplicarse al caso del estudiante de Medicina durante las primeras semanas de la enseñanza Clínica, en que debe afrontar un escenario altamente estructurado y jerarquizado, donde él o ella carecen de responsabilidad directa.

Determinación: A la inversa de la anterior, la persona tiene un amplio margen de acción y la novedad del rol es débil, de modo que el individuo puede modificar el rol adecuándolo a sus propias necesidades. En el escenario de la Enseñanza Clínica, los roles del equipo de salud están altamente estructurados por lo que el margen de acción de un estudiante de Pregrado sería escaso.

Exploración: Aquí, ambas dimensiones son fuertes, tanto la libertad de acción de la persona como la novedad del rol, de modo que el individuo puede desarrollar algunas competencias, así como cambiar algunas exigencias del rol, logrando un ajuste más equilibrado. Si el alumno de Medicina adoptara una actitud abierta a la nueva situación, confiando en sus propias capacidades y conocimientos, es probable que tuviese mayores posibilidades de insertarse activamente en el escenario Clínico y desarrollara más rápidamente su rol de estudiante-médico.

Pero la adaptación se ve también afectada, de acuerdo con Nicholson (1990), por las demandas motivacionales de la persona –que obedecen a sus rasgos de personalidad y/o antecedentes académicos- y por los deseos de ‘control’ o de ‘realimentación’ de la persona que transita. El autor destaca la socialización anterior del individuo como otro elemento que interfiere en la adopción de una estrategia de adaptación. En el caso de los estudiantes de Medicina de la UB, toda vez que se trata

de una transición para la formación, es probable que la estrategia de adaptación fuese favorecida por experiencias durante asignaturas introductorias a la Clínica, donde se le presenta el primer contacto con el mundo profesional del quehacer médico.

Finalmente, cabe señalar que también las técnicas de socialización del nuevo entorno interferirán y podrían incidir en la adopción de una estrategia de adaptación a la transición. Esto alude principalmente a la ‘cultura’ organizacional del nuevo centro, en este caso, el escenario hospitalario o ambulatorio y al llamado ‘currículum oculto’ de la enseñanza Clínica.

Con una visión crítica, Baubion-Broye y Hajjar (1998) consideran que los modelos de transición de Parkes y Nicholson, si bien tienen el mérito de implicar el carácter evolutivo y variable de las formas de adaptación del sujeto a lo largo de su socialización, y el que su trayectoria profesional se ve afectada por eventos y discontinuidades que pueden activar o inhibir los motivos y oportunidades para el desarrollo de su carrera, también es cierto que los modelos, sobre todo el de Nicholson (1990), contiene limitaciones importantes para explicar las transiciones psicosociales, particularmente porque este autor postula que el propósito de las estrategias de adaptación es asegurar un mejor ajuste, reduciendo la interacción del individuo con la organización, a una mera primacía de uno sobre otro. Los autores señalan que “lo que prevalece en estas aproximaciones [modelos explicativos de las transiciones] es una concepción **normativa** de la socialización, donde lo esencial es reducir los desequilibrios entre las características de los sujetos y las de la organización, consideradas como entidades preconcebidas y estables”. (Baubion-Broye y Hajjar, 1998: 29).

Desde una perspectiva fenomenológica, Baubion-Broye y Hajjar (1998) consideran a las transiciones como momentos de quiebre y de pasajes vinculados a sucesos de vida previstos o inesperados, ordinarios o extraordinarios, que se caracterizan por las transformaciones o rupturas en la práctica de la relación y las representaciones de los individuos. Las transiciones pueden ser duraderas o cortas, introducir bloqueos en el desarrollo, así como producir el surgimiento de nuevas conductas, proyectos o valores. Las transiciones psicosociales no son ajenas al contexto, puesto que los cambios económicos, culturales o técnicos que atraviesan los sistemas sociales las afectan, propiciando resultados inciertos.

En el contexto universitario, cambios de planes de estudio, ‘renuevan’, en ocasiones, los presupuestos estables en los que se desarrolla la enseñanza. La persona es confrontada con exigencias ilógicas y desconcertantes en las que tanto el resultado de la transición como las formas de afrontarla no le son dados sino que ha de construirlas ella misma en razón del significado que los elementos de la transición le representen, ejerciendo un papel activo, “más o menos consciente... para reestructurar

los sistemas de actitudes y los cuadros de referencia elaborados en la práctica educativa.” (Baubion-Broye y Hajjar, 1998: 30). En esta perspectiva el papel de la persona, en tanto sujeto, no es pasiva, sino que actúa y puede rebelarse o resistirse ante las fuerzas estructurales del contexto. En esto coinciden con Dupuy (1998), como se verá a continuación.

Dupuy (1998) asume una perspectiva ‘temporalista’ en el estudio de las transiciones, en la que las nociones de tiempo, contexto y de proceso tienen un papel central. Parte de que las transiciones comportan dos niveles: uno **fenomenológico** o cronológico en la situación de cambio, y otro **procesual** del trabajo psíquico de interpretación y tratamiento del acontecimiento. El autor, al referirse a una transición, concluye que este concepto da cuenta de “un tipo particular de fenómenos de cambio, circunscritos en el tiempo, que se manifiestan en transformaciones mensurables y durables en las personas y en los sistemas socioculturales considerados, y de los procesos intrapsíquicos de elaboración progresiva de nuevas representaciones del ambiente social y de sí mismo, así como de afecto y de emociones asociadas” (1998: 54); el autor consolida la conceptualización de transiciones como procesos de elaboración de cambios de fuentes externas o internas, que permiten a un individuo, en un espacio de tiempo más o menos largo (fases a lo largo de la vida), desplegar en la interacción con otros, conductas activas de preservación de identidad de los roles que valora o lo mueven hacia un nuevo equilibrio identitario (*Op. Cit.* p. 53). ¿Cómo el estudiante de Medicina se va convirtiendo en médico?

Dupuy también coincide con las teorías del desarrollo e interaccionistas de las conductas de los actores del proceso, particularmente desde la perspectiva de ‘curso de vida’ o ‘trayectoria vital’, en donde sostiene que ante un cambio personal o un cambio de identidad, productos de una transición, tanto los rasgos de los sujetos como las relaciones implicadas en ella, no son inmutables ni están determinadas, sino que pueden modificarse, recrearse e inventarse.

...la **adaptación** al cambio no se realiza únicamente por las reacciones que tienden a restablecer un equilibrio anterior, o a reabsorber una desviación de la norma. Las conductas de cambio no traducen sólo las actividades de adaptación *pasiva*, de reacción a las transformaciones *externas* del entorno. En la perspectiva de ‘curso de vida’, no puede concebírselas como simples actividades de regulaciones locales y circunscritas en el tiempo. Se integran en una trayectoria de vida. Ésta se ha orientado por proyectos más o menos conscientes, sostenida por una representación idealizada de *ser* en el futuro, marcada por la resistencia momentánea a las modificaciones de procedimientos de acción, dinamizada por la recopilación de información, la búsqueda de apoyos y de alianzas, jalonada por los compromisos de negociación, de vez en cuando transformada por una conversión del modelo de vida. Dupuy (1998: 52)

Perspectiva educativa

Uno de los modelos de análisis más referidos en los últimos años ha sido el ecológico, desarrollado por U. Bronfenbrenner en 1987, en su obra *La ecología del desarrollo humano*, en el que denomina transición ecológica a la que se produce cuando la posición de una persona en un ambiente [familia, escuela, organización laboral] se modifica como consecuencia de un cambio de rol, de entorno [medio ecológico], o de ambos a la vez. Son los entornos: familia, barrio, escuela, club deportivo, escenario laboral los que conforman los medios cuya existencia superpuesta da lugar a un sistema ecológico, en que cada medio está comunicado con los demás mediante vínculos que el individuo o grupo utiliza, y que en su intersección este autor denomina *mesosistemas*.

Para definir lo que es una transición, Bronfenbrenner (1987) alude a la temporalidad limitada en un acontecimiento, al cambio de ambiente que experimentan quienes transitan, y a una cierta ruptura en el continuo de la vida personal, generalmente asociada con momentos críticos e inciertos, que pueden ocasionar una fuerte impresión en la persona, transformaciones profundas en sus hábitos, así como posibles traumas o experiencias de crecimiento.

Aplicando el modelo ecológico a las transiciones educativas, diez años más tarde, en 1997, J. Gimeno Sacristán, señalaba que “las transiciones son saltos o discontinuidades en el devenir de la experiencia [de los escolares] debido a cambios permanentes o intermitentes entre culturas, subculturas o nichos ecológicos [educativos]”. Siguiendo el pensamiento de Bronfenbrenner, Gimeno subraya que el desarrollo de la persona se verá incrementado de acuerdo con la cantidad de entornos diferentes en que se mueve. Añade que la transición será más suave y menos drástica, en tanto exista mayor coherencia entre los ambientes implicados. También postula que el potencial evolutivo de los entornos, se ve incrementado si la persona realiza el tránsito en compañía de otras a las que conoce de antes. No obstante, cabe destacar que la transición es una experiencia personal con un contenido social que puede diferir de acuerdo con el significado que las personas le otorguen a las circunstancias que conforman el trance.

Las transiciones representan momentos cruciales para el futuro de los estudiantes. Su travesía afecta de manera diferenciada la experiencia escolar y vital del alumnado. Al asociarse al concepto de progresión en el desarrollo biológico, las transiciones educativas también suponen un ascenso en los niveles escolares institucionalizados, lo que se traduce en un cambio de estatus. Pero el cambio en las transiciones educativas puede llegar a representar pérdidas no sólo ganancias, como las de relaciones significativas en el ciclo escolar anterior, tanto en el círculo de discípulos como en el docente y contextual.

La situación de transición reviste, además, sensaciones de ambigüedad, puesto que el impacto de la misma, afectará de manera diferencial a cada uno de los estudiantes, de acuerdo con su experiencia vital, con la brusquedad del cambio o por la falta de gradualidad. Así, mientras que para algunos es relativamente fácil adaptarse al cambio de entorno o de mayores exigencias curriculares, para otros el ajuste demandará más tiempo. Las transiciones educativas también pueden representar procesos de progresión o de exclusión, ya que quien no logra superar las condiciones del cambio, no avanza al siguiente nivel.

Dado que el currículum suele estar construido por personas diferentes desde diferentes posturas ontológicas, epistemológicas y de coyuntura histórica –política y social-, el currículo no siempre guarda una coherencia y continuidad internas, sino que sus contenidos y organización están sujetos a la ponderación del modelo disciplinar predominante³⁵. La transición educativa en sí misma, no es un evento pernicioso, antes bien, habría de asumirse como una situación de desarrollo personal, de oportunidad para crecer y madurar al superar las dificultades. El participar en entornos distintos también puede incentivar el desarrollo de diversas competencias, no sólo profesionales y académicas sino también socioculturales.

No obstante, si se quiere lograr que la travesía de una transición educativa comporte una evolución en el alumnado, es preciso estudiar con profundidad el proceso mismo de la transición, en particular lo que ocurre a los que transita, en este caso el alumnado y sus acompañantes en el proceso: los profesores y tutores. Ha de atenderse también la gradualidad necesaria para el óptimo aprendizaje de los estudiantes pues de no hacerlo se generan o mantienen discontinuidades en la experiencia formativa. Tipos de transiciones educativas:

- a. Medio familiar a medio escolar –ingreso a centro educativo-.
- b. Dentro del sistema escolar –curriculares-.
- c. Escuela al mundo laboral.

En el caso de la transición Preclínico-Clínico en la titulación de Medicina, esta puede ser incluida en el tipo de transición curricular.

El concepto de transición curricular propiamente dicho apela a los fenómenos más significativos que tienen lugar cuando, por las causas que fuere, los alumnos deben afrontar cambios en las exigencias de un currículum, en partes del mismo, en el tipo de contenidos tratados, en los estilos de enseñanza y de aprendizaje provocados por la variabilidad de centros, de niveles o etapas educativas y de profesores. (Gimeno, 1997: 32).

³⁵ V.g. el reciente análisis sobre el currículum de la EM, *Libro Blanco* (2005), realizado por la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina Españolas para la ANECA.

Gimeno (*Op. Cit*) sostiene que la transición curricular entraña dificultad para delimitarla y concretarla en variables específicas, dado que se trata de fenómenos complejos de distinta magnitud y significación para los actores del proceso –alumnado y profesorado-, y para el propio currículo; aún así, es posible identificar aspectos y elementos asociados a los cambios como: el centro, el nivel educativo, el curso, profesorado, estilos de enseñanza, entre otros.

El autor señala que las transiciones curriculares conforman una realidad tangible: condiciones y organización del plan de estudios; pero también una vivencia subjetiva idiosincrásica, peculiar y especial para el alumnado, de la que se pueden establecer tipologías en función de los grupos de referencias de este colectivo: grupo social, género, historial académico, tipo de centro escolar de origen, o rasgos de personalidad. Los estudiantes de Medicina conforman una población bastante homogénea en cuanto a su grupo social de referencia, lo mismo ocurre con su rendimiento académico, que suele ser medio-alto y alto; y la carrera presenta una feminización escolar.

Pero las transiciones curriculares tendrán alguna “trascendencia en la medida en que impliquen continuidad o discontinuidad en la experiencia de los estudiantes” (Gimeno 1997: 33). El autor sugiere que estas transiciones –menos drásticas que las internivel educativo y, por tanto, menos ‘atendidas’-, pueden ser analizadas como: *a*) condiciones objetivas del sistema de enseñanza, es decir, estudiando el currículo actual de Medicina; *b*) como vivencia particular de cada sujeto, cada estudiante de Medicina presenta mayores o menores dificultades para adaptarse al escenario Clínico y a la relación con los pacientes y, *c*) como situaciones de especial significado para diferentes tipos de alumnos; esto es, lo que puede representar para el estudiante entrar en contacto con diferentes especialidades médicas y favorecer su exploración para elegir estudios de posgrado, o bien, identificar el escenario de trabajo que le es más atractivo o donde mejor se desarrolla, sea éste un laboratorio o un gabinete de consulta.

De acuerdo con el currículo actual de la Facultad de Medicina de la UB, los alumnos han de afrontar el cambio de la enseñanza básica a la enseñanza clínica, al pasar de tercer a cuarto cursos, condición que puede implicar cambios significativos en: estilos de enseñanza, organización curricular, sistemas de evaluación y escenarios de aprendizaje, con la consecuente demanda de adaptación y ajuste de los estudiantes a las nuevas situaciones y condiciones educativas.

¿Son estos cambios drásticos? ¿Qué ajustes demandan a los estudiantes? ¿Cómo vivencian este paso los alumnos? ¿Qué estrategias adoptan para afrontar la enseñanza Clínica? Estas y otras muchas interrogantes surgen ante la transición PreClínico-Clínico, así como la pregunta esencial: ¿Qué hace la institución para favorecer una travesía exitosa?

Gimeno (1997:33) considera que la continuidad se manifiesta “como una cualidad precisa de la organización del currículum que asegura a los alumnos una construcción ordenada del aprendizaje...los antiguos elementos se enlazan con los siguientes en una concatenación graduada”. En la titulación de Medicina de la UB, las asignaturas Básicas referentes a la Anatomía y Fisiología del cuerpo humano se enfocan al estado normal de equilibrio, es decir, de salud; en tanto que las asignaturas del ciclo Clínico, se enfocan en los estados de anormalidad, de desequilibrio o patología, independientemente de la enfermedad de las especialidades por cuyos servicios rotan los alumnos en el hospital. Se prevé así que el alumno que cursa Enfermedades del Aparato Respiratorio, posea los conocimientos acerca de la estructura y funcionamiento normal del Aparato Respiratorio, lo que garantizaría una continuidad en el aprendizaje y una significación del mismo.

La continuidad es, pues, una característica indispensable y deseable en un currículum, tanto vertical como horizontal. La continuidad horizontal alude a la coherencia entre contenidos, metodologías y estilos de enseñanza. En el caso de currículum de Medicina de la UB, esta coherencia podría ser más factible entre las asignaturas de los dos principales bloques, entre las del PreClínico y, por otro lado, entre las del Clínico.

Por su parte, la continuidad vertical se refiere a esa planificación de los objetivos de aprendizaje respecto de contenidos, exigencias y evaluación que comporta la organización secuencial y temporal de las asignaturas en el ordenamiento de los cursos. El currículum médico sí considera la gradualidad en la presentación de los contenidos, para aprovechar las capacidades cognitivas crecientes en el alumnado. También, Gimeno (*Op. Cit.*) destaca la continuidad y congruencia que, entre profesorado de una misma asignatura, se mantiene en la valoración y énfasis de los temas principales de la materia.

El autor, retomando la propuesta de Derricot, (1985), destaca posibles fuentes de discontinuidad curricular que afectarían en mayor medida a la transición: el plano logístico que alude a la organización del ambiente de aprendizaje y que depende de la propia organización del centro. En el plano lógico, la discontinuidad es más fácil de detectar puesto que se presenta cuando la secuencia de contenidos no favorece y obstaculiza el aprendizaje en el alumnado.

Por último, el plano psicológico, implica las características del propio alumnado, tanto en los estilos de aprendizaje y hábitos de estudio, como en sus rasgos de personalidad. En Medicina, una personalidad extrovertida tendría mayor posibilidad de acercarse al paciente y de desarrollar las competencias de comunicación y empatía, inherentes a la relación médico-paciente. Siguiendo los postulados de Schlossberg (1984), la anticipación y concienciación de la inminencia de una transición, su

conocimiento de la misma, de los efectos posibles en la persona y de los recursos con que esta cuenta, preparan al individuo para superar el desajuste psicológico.

Así, cabe suponer que si los estudiantes de Medicina del periodo PreClínico, de manera previa a la transición, tuvieran información específica sobre lo que implica la enseñanza Clínica, identificaran y reforzaran en ellos mismos las habilidades sociales necesarias para afrontar la interacción con el paciente real, con los síntomas de sus padecimientos, practicasen entre ellos, y reconocieran el escenario Clínico y sus normas explícitas e implícitas, su travesía no sólo sería más rápida o fácil, sino que lograrían extraer mayor provecho de su experiencia clínica.

Las discontinuidades, entonces, no derivan únicamente de la organización curricular, sino de la manera en que se comprende y realiza la educación, pudiendo advertirse posturas ontológicas y de ejercicio de poder. Para propiciar y mantener la continuidad curricular, Gimeno sugiere establecer controles en la secuencia de contenidos y, particularmente, en las 'culturas' del centro.

Finalmente, Gimeno (*Op. Cit.*) sostiene que si se dotase al currículo de experiencias significativas al alumnado antes, durante y después del tránsito, el paso podría suavizarse. Lo anterior induce a suponer que la transición PCI-CI puede convertirse en una trascendental experiencia de desarrollo académico, personal y profesional.

COROLARIO

Hasta aquí se han presentado dos diferentes perspectivas de análisis de las transiciones. Una más **racionalista** (anglosajona), descriptiva, procesual y normativa, cuyo propósito es el ajuste o equilibrio entre las demandas del individuo y las de su entorno; en ella se describen el proceso de la transición y los elementos personales y contextuales, implicados en cada una de las fases. La otra, **fenomenológica** (francesa), que prima los elementos y procesos internos del sujeto en transición, analizando los significados y, por ende, actitudes, que éste asume; dando cuenta de los conflictos emergentes en las interacciones del sujeto.

Actualmente, cada vez más se evidencia que los paradigmas epistemológicos con que las generaciones modernas han crecido, resultan insuficientes para explicar la realidad total; que cada vez se hace más necesario el concierto de diversas ciencias y disciplinas para resolver los grandes problemas sociales, por tanto, no es de extrañar que en la adopción de una postura para el análisis de las transiciones académicas, se

advierta como pertinente un enfoque integrador. Por un lado, se asume que las transiciones implican variados elementos tanto sociopersonales como contextuales – macroestructurales-, y por otro, se distingue la constante de que toda transición, en tanto que proceso, conlleva fases si bien solapadas, sí específicas: *antes*, durante y *después*, como sostienen Gimeno (1997) y TRALS (2001).

3.3 Las transiciones académicas: De la Secundaria a la Universidad

En el ámbito académico las transiciones pueden presentarse en cambios de: Hogar-escuela, ciclo inferior-ciclo superior, tránsito escolar, asignaturas genéricas a específicas, ajustes alumno-maestro, o maestro-maestro, alumno-grupos clase, ausencia-presencia de competencias académicas y sociales, elecciones diferenciadas por género, egreso escolar, abandono o expulsión de la escuela, elecciones vocacionales, elecciones ocupacionales de nivel técnico. Particularmente, transitar en el ámbito escolar puede implicar cambios en:

- Una institución diferente, generalmente de mayor nivel
- Nuevas normativas académico-administrativas
- Nuevos contenidos de aprendizaje
- Otras metodologías docentes
- Otros profesores con quienes se tendrán relaciones diferentes
- Otros compañeros(as) provenientes de grupos variados (nivel socioeconómico, etnias creencias, valores)
- Cambios de residencia (traslados geográficos)
- Distanciamiento de la red de amistades de la escuela o nivel precedente
- Cambio en la calidad de la relación intrafamiliar

Ante los cambios señalados el alumnado ha de reaccionar y activarse para alcanzar el nivel de ajuste necesario para aprovechar óptimamente los recursos que la educación le ofrece. Para ello, requiere poner en juego habilidades cognitivas (atención, discriminación, categorización, análisis, síntesis, *insight*, etc.); socioafectivas (de comunicación, negociación, trabajo en equipo, empatía y asertividad); y comportamentales (uso de técnicas de estudio, búsqueda de información y recursos para el aprendizaje, así como para la participación en actividades sociales intraescolares, y el establecimiento de nuevas amistades).

A pesar de los esfuerzos institucionales para paliar los efectos de la discontinuidad pedagógica internivel, lo cierto es que la transición sigue generando desequilibrios que pueden llevar al alumnado a experimentar: ansiedad, paralización, depresión, trastornos en la alimentación y conflictos en las relaciones con el entorno social inmediato, social y/o familiar (Birnie-Lefcovitch, 2000); además, aislamiento, sensación de incapacidad ante las nuevas demandas académicas, conflictos con los

nuevos profesores, dificultades en el aprendizaje y consecuente rezago académico. O por el contrario, satisfacción rápida de las demandas académicas o sociales. En los ciclos superiores también puede presentarse en el estudiante, una mayor satisfacción consigo mismo por la percepción de haber acertado en la elección de la carrera.

La no consecución de estos ajustes trae como consecuencia disminución o rezago en el desempeño escolar, o el abandono de los estudios. Esta problemática llega a impactar desde los niveles macroestructurales de política educativa respecto a costes de la educación hasta los de políticas de empleo, con la presencia de un amplio grupo social que fluctúa entre el subempleo y el desempleo. Entre las grandes aristas en el estudio de las transiciones en la enseñanza superior están las políticas de admisión que determinan la aceptación o exclusión de alumnado. Otra es el rendimiento académico precedente y el que se desarrolla en la institución receptora. De ahí la importancia que reviste la atención a las problemáticas derivadas de la transición.

A causa de la peculiaridad de la formación médica, en cuanto a la duración de los estudios, sus transiciones curriculares y los compromisos de índole vocacional asumidos por sus estudiantes, se ha considerado pertinente realizar una somera revisión de la transición previa: de la secundaria a la universidad, principalmente, porque en estos estudios se han identificado categorías que contribuyen a sustentar el análisis de una transición curricular en la educación universitaria. Al final, habrá de destacarse la experiencia de este paso en el alumnado de Medicina de la UB.

Estudios sobre la Transición Secundaria-Universidad

Debido a la relevancia y trascendencia que la elección profesional implica para el alumnado de secundaria, así como su ingreso y mantenimiento dentro de la Universidad, su estudio ha sido preocupación de investigadores de diferentes latitudes, entre los que destaca Vincent Tinto, de la Universidad de Siracusa en Estados Unidos, quien desde hace dos décadas ha venido profundizando en la explicación del fenómeno de abandono escolar, estableciendo modelos teóricos que han inspirado a otros tantos investigadores. Tinto (1993, referido por Yorke, 1999) sostiene que los estudiantes ingresan a la universidad portando un *background* (hábitos, habilidades, actitudes, soportes), expectativas y objetivos que, al entrar en juego con los dispositivos universitarios (normas, currículo, grupos), son impactados positiva o negativamente a través de la integración institucional. El resultado satisfactorio o no de esta experiencia es lo que determina si el estudiante permanece en la escuela o la abandona. El concepto de integración de Tinto no sólo alude a lo institucional en cuanto organización, sino también y principalmente al involucramiento del estudiante en su propio aprendizaje.

En este sentido se pronuncia Stephenson (1998) quien aboga por rediseñar currícula orientados a la mayor toma de responsabilidad del estudiante en su propio proceso de aprendizaje. El autor destaca la necesidad de propiciar una participación activa entre los estudiantes apoyándolos en la toma de riesgos y en el manejo de la ansiedad, sin menoscabo de la responsabilidad que atañe a la institución educativa.

Entre los primeros estudios sobre la respuesta del estudiante a los efectos estresores del nuevo escenario universitario está el de Fisher y Hood (1987) quienes abordaron la transición de estudiantes a la universidad desde la perspectiva psicológica, enfocándose al estudio de factores dinámicos obstaculizadores de una transición personal adecuada. Detectaron que los estudiantes que habían dejado el hogar para alojarse en residencias estudiantiles, presentaban mayor disposición hacia la nostalgia y mayor perturbación psicológica, afectando su desempeño académico.

En 1994, Terenzini presentó el informe de una investigación cualitativa acerca de la transición al *college*, en el que daba cuenta de la complejidad de este proceso. Encontró que aunque este paso es una fase en la trayectoria vital de la mayoría de los jóvenes de clase media, no lo es para numerosos estudiantes; halló que los amigos de la escuela anterior pueden ser una fuente de ajuste en la nueva escuela o un elemento perturbador si no asistirán a esta última; igual rol tiene la familia del estudiante, pues le puede apoyar o convertirse en una fuente de estrés para él, al modificarse el tipo de relaciones intrafamiliares con motivo del cambio escolar. Normalmente, al pasar de un ciclo a otro el círculo de amistades cambia, pero esto es más drástico aún en el caso del ingreso a los estudios universitarios, puesto que es infrecuente que los amigos de la secundaria hayan elegido la misma carrera para estudiar. Por tanto, esta transición comporta dificultad en las relaciones sociales con el grupo de pares, ya que a pesar de ‘tener metas comunes’, como es el obtener el título de licenciado, en algunas titulaciones, como Medicina, pueden desarrollarse ciertas actitudes de competitividad, recelo e indiferencias entre los integrantes de un mismo grupo académico.

Recapitulando, la transición secundaria-universidad se distingue de otras transiciones académicas porque implica la decisión personal más trascendente en la vida del estudiante que tendrá importantes consecuencias para su desarrollo personal y profesional, implicando oportunidades y riesgos, hecho que le obliga a poner en juego su repertorio de habilidades y competencias con el fin de lograr el objetivo de convertirse en un profesional. Esta transición comporta un salto cualitativo de la enseñanza obligatoria a la autónoma, con todas las discontinuidades sociopedagógicas implicadas, de ahí que se ubique en una fase del desarrollo personal en la que el alumnado ha alcanzado un nivel de madurez determinado para afrontar la planeación de su futuro. Por su parte, la formación universitaria actual se caracteriza por demandar una mayor implicación del alumnado en su proceso formativo; un mayor uso de recursos tecnológicos para la enseñanza y aprendizaje; asimismo, ofrece

currícula más flexibles para que el alumno participe activamente de su propia formación, y grupos menos numerosos que apuntan hacia una educación más personalizada y colaborativa.

Lo más granado de investigación sobre la transición bachillerato-universidad se reporta a partir de la década de los noventa, y con mayor incidencia en los últimos cinco años. Entre los factores presentes en las transiciones bachillerato-universidad, la investigación reciente da cuenta de temáticas sobre:

Comunicación, roles y nuevo escenario escolar. Johnson, Staton y Jorgensen-Earp, (1995) Metodología: Cualitativa, grupo focalizado, entrevista. Encontraron que la calidad de la interacción (comunicación) utilizada por el alumnado varía de acuerdo con el escenario inmediato: residencia para estudiantes, hogar o dormitorio estudiantil; e impactan su experiencia e integración a la nueva escuela.

Programa de intervención para facilitar la adaptación mediante una identidad exitosa. Solberg, Gusavac, Arman, Felch, Johnson, Lamborn y Torres, (1998). Metodología: Cuantitativa, escalas psicométricas. Sostienen que la identidad exitosa consiste en poseer: sólidas expectativas de autoeficacia, habilidad para administrar el tiempo y manejar el estrés, habilidad para conectar con ambientes, personas con autoridad, y bienestar positivo.

La transición secundaria-universidad: los alumnos de LOGSE (UB, Divs. III y V). Forner, Torrado, Fita, Rodríguez y Fernández, (2000). Metodología: Cuantitativa, longitudinal, cuestionarios y grupos de discusión. En esta investigación han encontrado evidencia de que los intereses, la motivación, la autoconfianza personal, la preparación previa, el apoyo para la elección, los escolaridad y ocupación de los padres, así como su apoyo al estudiante, inciden en la elección de estudios y de universidad, de manera diferencial entre Divisiones UB.

Apoyo social para la transición a la universidad. Pratt y otros (2000). Metodología: Multimétodo, cuestionarios y grupos de discusión, más grupo control. Hallaron que el programa preventivo brindó apoyo social y facilitó la transición de los jóvenes. Encontraron diferencias entre sus grupos de discusión (seis) y su grupo control. Observaron que las mujeres tendieron a participar más en discusiones grupales, a comunicarse más abiertamente que los hombres y, por ende, a beneficiarse del apoyo social que les brindaba el grupo.

Expectativas al ingreso, y ajuste a la universidad. Pancer, Hunsberg, Pratt y Alisat (2000) Metodología: Longitudinal. Hallaron evidencia para establecer la relación entre expectativas complejas/simples y la adaptación a circunstancias estresantes de ese periodo. Estudiantes con expectativas de mayor complejidad cognitiva tuvieron mayor facilidad para ajustarse a los elementos estresores del primer curso que aquellos cuyas expectativas eran más simples.

Patrones de cambio y ajuste a la universidad, ámbitos vitales y tiempo. Gall, Evans y Bellerose (2000) Metodología: Longitudinal, con cuestionarios y escalas psicométricas. Encontraron que los estudiantes con menor sentido de bienestar al ingreso, percibían menor disponibilidad de recursos para afrontar eventos estresores simultáneos. Por otra parte, también hallaron evidencia de que los efectos de la transición se dejan sentir más en las mujeres que en los varones.

Perfiles diferenciales por áreas en la transición bachillerato-universidad. Dorio, Figuera y Torrado, (2001). Metodología: Longitudinal por cohortes. Cuestionario. En alumnos de excelencia, observaron que los procedentes de centros privados tendieron a optar por carreras

de ciencias o con alto prestigio social. Las mujeres tendieron a valorar más los objetivos personales, académicos, profesionales y de desarrollo, que los varones.

Intervención: Taller de un día sobre redes sociales y de estudio. Peat, Dalziel, y Grant. (2000). Metodología: Cualitativa y cuantitativa. Encontraron que el taller mejoró el estudio, la automotivación y el disfrute de la vida universitaria, recursos útiles para facilitar la transición a la universidad.

Estatus de identidad, estilo personal y transición a la universidad. Berzonsky y Kuk (2000). Estos autores hallaron que los alumnos con personalidad difusa o de evitación son más proclives a encontrar dificultades, en tanto que aquellos con personalidad 'informacional' se adaptaron más eficazmente al contexto universitario.

Relaciones con padres y ajuste a la universidad. Wintre y Yaffe (2000). Encontraron que la discusión, la reciprocidad con los padres, y el bienestar psicológico, están asociados con variables de ajuste social y emocional, así como con el desempeño académico del estudiante. Según las autoras, existe una relación positiva indirecta entre la autoridad paterna y las variables de adaptación.

Tendencias en el primer año universitario. McInnis y James (2000). Metodología: Estudio longitudinal, cuestionario. Siete universidades australianas. Describe cambios entre 1994 y 1999, respecto de las percepciones y conductas de los alumnos. Sus principales hallazgos durante el primer curso se resumen en: 2/3 del alumnado encontró estimulantes sus estudios, aunque el nivel de satisfacción bajó, en tanto que la automotivación se hizo más difícil; más del 50% consideró que el nivel de exigencia en los estudios fue mayor al esperado; una minoría reportó utilizar la tecnología disponible para su formación; se incrementó el número de estudiantes que combinan trabajo y estudio, así como las horas destinadas al trabajo remunerado; se mantuvo un porcentaje menor de alumnos que decidió cambiar de carrera; un tercio de estudiantes se consideraba insuficientemente preparado para elegir la carrera antes del ingreso. Finalmente, el interés y el deseo de mejorar las perspectivas de empleo se mantuvieron estables como razones para ingresar a la universidad.

Proceso de transición del Bachillerato a la Universidad: Factores de éxito. Rodríguez, S. y otros (2001). Metodología: Descriptivo Longitudinal. Desde 1997, Rodríguez Espinar y colaboradores –grupo de investigadores TRALS- desarrollaron una investigación longitudinal en la Universidad de Barcelona, cuyo objetivo fue el identificar elementos descriptivos y explicativos de la transición bachillerato-universidad, en una muestra que recoge al 42% del total de las cohortes 1998 y 1999, provenientes de bachillerato LOGSE.

En la investigación de TRALS (2001: 2), “la transición académica se conceptualiza como el proceso iniciado por los estudiantes con la elección de una trayectoria académica y un futuro campo profesional, durante los estudios de secundaria y que culmina con la superación del volumen de créditos matriculados correspondientes a un año teórico (primer curso) de un plan de estudios universitarios”. La investigación considera los elementos del ‘inicio’ de la transición, el papel de las expectativas y motivaciones; los factores mediadores que facilitan la integración al nuevo escenario y el resultado de la misma al adaptarse a la nueva situación de aprendizaje.

En el reporte del equipo TRALS se puso de manifiesto que una de las variables con mayor efecto diferenciador fue la División de estudios, es decir, el campo de

conocimiento, y por ende, las titulaciones. Destacaron las divisiones de Ciencias Experimentales y de la Salud como aquellas en las que se reportó mayor integración a la universidad y mayor tasa de rendimiento académico. Fue en la División IV Ciencias de la Salud, donde también destacaron tendencias hacia una mayor satisfacción con la elección de estudios e institución, un mayor reconocimiento a la preparación previa del bachillerato, un menor índice de abandono, entre las otras variables.

El caso de los estudiantes de Medicina de la UB (Cohortes 1998 y 1999)

En el momento de iniciar sus estudios de Medicina³⁶ el alumnado presenta las características socioacadémicas descritas en el Capítulo 2, por lo que aquí únicamente se hará mención de los principales eventos y cambios observados durante los dos primeros cursos de de la carrera.

Después del primer año de estudios en la universidad, los hallazgos más relevantes se concentran en: una asistencia de 99% del alumnado al 80% de clases, con un avance regular –aprobación total de asignaturas matriculadas- del 70%. Asimismo, el 85% refirió haber satisfecho sus expectativas de la carrera. El 61% siguió contando con la ayuda económica familiar.

En cuanto a sus experiencias del primer año de estudios, los alumnos consideran haber mejorado sustancialmente sus habilidades de estudio, su capacidad de reflexión y análisis crítico, y sus relaciones sociales. Dedicar mayor tiempo al estudio y a desplazamientos que cuando cursaban el bachillerato. Ahora dedican menos tiempo a las actividades de ocio, deportivas y sociales, pero esto no es valorado negativamente.

En cuanto a los factores facilitadores y obstaculizadores de la experiencia universitaria inicial se presentan tres componentes: el personal con los intereses y preferencias, las relaciones sociales y el contenido de las asignaturas; el contextual con: la organización del tiempo de estudios, el nivel de exigencia de los mismos y los propios hábitos de estudios. Finalmente, están los factores externos: sucesos, economía y apoyo personal. Así, se tiene una sugerente fotografía de lo que ha sido el acceso e inicio en los estudios universitarios y la formación médica.

Posteriormente, al finalizar el segundo curso, el 83% de los estudiantes de Medicina (Cohorte 99; N = 65), reportaba haber acertado en la titulación elegida y sentirse satisfecho con los estudios, condiciones que coinciden con que el 92% mantenía el interés en la carrera y alta asistencia a clases. El avance escolar reportó un 86% de estudiantes que superaron el 100% de los créditos matriculados en este curso.

Respecto del primer curso, ahora, más del 93% de los alumnos considera que: dedica más horas al estudio personal y a la preparación de trabajos y exámenes,

³⁶ Datos del curso 1999-2000, en la Facultad de Medicina de la UB, N = 107. Fuente: Investigación de TRALS.

aprecia más cambios en la organización y planificación del trabajo; utiliza mejores estrategias de documentación y tiene una mejor actitud en el aula.

En cuanto a la enseñanza, el 54% de los estudiantes considera que los profesores les brindan bastante dedicación y accesibilidad; mientras que el 68% valora que hay bastante organización curricular en este ciclo básico; sólo el 20% cree que habría que eliminar asignaturas del plan de estudios, 37% agregaría más prácticas; y 19% cambiaría algunas actitudes en los profesores y la relación que establece con ellos.

De manera similar a los hallazgos al finalizar el primer curso, el 83% considera que su estancia en la universidad ha contribuido altamente a mejorar sus hábitos de estudio, en tanto que el 43% opina que su esta contribución ha sido baja en lo referente a sus habilidades de comunicación y expresión. Esto concuerda con que el 68% de los alumnos valora como alta la contribución a sus habilidades sociales y el 66% a las habilidades para el trabajo grupal. Sólo el 41% considera que la universidad ha contribuido altamente a su autoestima y confianza en sí mismos.

También valora como alta la contribución de la institución a: su capacidad de reflexión y análisis crítico, el 72% de los estudiantes; su adaptación a situaciones de estrés, el 65% y, a su capacidad para resolver problemas cotidianos, el 51%.

El alumnado de segundo curso considera que sus resultados académicos se deben fundamentalmente a una mayor influencia de: sus capacidades intelectuales (97% de los estudiantes); su trabajo y esfuerzo personal (100%); su preparación académica de bachillerato (68%); el apoyo de su familia (90%); el apoyo de sus compañeros (85%); y la competencia docente de sus profesores (67%).

Contemplando el futuro, el 75% del alumnado cree terminar los estudios en el tiempo mínimo establecido, en tanto que un porcentaje similar se visualiza trabajando en un área relacionada con sus estudios.

Entre los objetivos con mayor importancia referidos por más del 80% de los estudiantes están: conseguir un trabajo interesante, con perspectiva de desarrollo profesional y respetado socialmente, ingresos propios e independencia económica de la familia. Los objetivos menos importantes son: participar en política (81%); trabajar en el sector productivo (70%) y gestionar su propia empresa (80%). El 83% de los alumnos encuestados considera que la Universidad le brindará un gran apoyo para lograr sus objetivos.

Después del segundo curso, cuando el alumnado ha finalizado la transición bachillerato-universidad y se ha adaptado al nuevo escenario educativo, una nueva transición se avista: el paso del PreClínico al Clínico, inmersa en el contexto curricular y de carácter altamente profesionalizante.

3.4 Las Transiciones en la carrera de Medicina

El apartado anterior ha finalizado con una aproximación empírica al tránsito Secundaria-Universidad en los estudios de Medicina. Dado que el proceso curricular de la formación médica conforma también una transición, esta se enfocará desde las teorías de la Orientación Profesional sobre la construcción de la identidad profesional. Posteriormente, se abordará el análisis de estudios e investigaciones sobre dos transiciones más: el paso del PreClínico al Clínico y la del egreso de la carrera, con miras a la elección de la especialidad médica.

Los estudios formales de Medicina, comportan características específicas: son los estudios de nivel licenciatura con mayor duración, sus contenidos programáticos exigen una alta dedicación académica y personal; contienen escenarios de enseñanza diversificados (aulas, laboratorios, salas de estudios de alta tecnología, gabinetes de atención primaria, salas de urgencia y de cirugía, auditorios), en los que la interacción humana está dirigida fundamentalmente a situaciones de carencia y dolor, así como de colaboración interdisciplinar; además, actualmente el cursar una especialidad es un imperativo al egreso de la licenciatura.

Lo antes mencionado exige al estudiante de Medicina habilidades, actitudes, valores y acciones que, si bien, pueden estar presentes en carreras como Farmacia, Enfermería o Psicología, en Medicina se ven sobredimensionadas debido a elementos de demanda social, curriculares y personales, es decir, lo que la sociedad en general y las asociaciones/colegios de médicos esperan de este aspirante a médico; lo que la universidad y su currículo particular exigen de él; y lo que el propio estudiante espera de sí mismo, en su proyecto personal de vida.

La trayectoria hacia la identidad profesional médica

Guichard (1993: 113), sostiene que la escuela es el escenario en donde, merced a pasar una buena parte del proceso de socialización, se adquieren valores y representaciones sociales, entre ellas la de las profesiones. El autor afirma que es la escuela (de cualquier nivel) la que dota a los individuos de esquemas para incorporar la realidad, proveyéndoles de herramientas para “construir esquemas mentales, esquemas de percepción, esquemas de representación que determinan los actos”, con lo cual se pone de manifiesto el poder formador de hábito que comporta la institución educativa.

Desde los supuestos teóricos de la Psicología Social y de la Sociología de las Profesiones, las transiciones psicosociales educativas, ubicadas en los niveles superior y de formación profesional, implican el desarrollo de una nueva identidad personal, en este caso, profesional. Los estudiantes de estos centros escolares adquirirán durante su

tránsito por las aulas, una identidad profesional que los convertirá en parte del círculo a través de un largo proceso educativo (4-6 años escolares); el cual comporta que el *Estudiante de*, se ‘transforma’ en *Profesional de*. El estudiante ha adoptado, adquirido y desarrollado: hábitos, habilidades, actitudes, valores, formas de pensar, e incluso de sentir (control emocional), reconocidas como propias de la profesión.

Por tanto, en la formación universitaria, el currículo está directamente vinculado con la identidad, con una forma de ser, pensar, sentir y actuar profesionalmente, pues su naturaleza misma es la de convertirlos en miembro de un grupo social, el de los *profesionales de*. Por ello, no es de extrañar que el currículo también sea entendido como: “la visión que una institución educativa tiene acerca de una profesión específica; [no sólo como] la organización de contenidos temáticos en secuencias didácticas, acordes al perfil de los estudiantes; y a la normatividad académica institucional que regula ese currículo”. (Díaz-Barriga, 1994: 26-27).

Al respecto, Cohen-Scali (2000: 130) postula que “la identidad profesional contiene dos dimensiones, una social en la que influyen las actitudes, las representaciones, la evaluación, la categorización y autocategorización sociales, y otra dimensión personal, la cual comporta los sentimientos de competencia, autoestima, autoevaluación y desempeño percibido”. Todos estos elementos y su interacción, afirma, son corresponsables de la edificación de una identidad profesional.

Ahora bien, en Orientación Educativa, la identidad profesional (IP) se entiende como el conjunto de atributos sociales, psicológicos y comportamentales que caracterizan a un determinado gremio de trabajo, y con el cual, los estudiantes (*iniciados*) habrán de coincidir al final de su formación, proceso educativo durante el cual se adquiere, por tanto, formación e identidad son dos categorías estrechamente relacionadas a nivel conceptual. Guichard y Huteau (2001), clasifican los enfoques teóricos de la Orientación Profesional –particularmente los que se abocan a la construcción de identidades profesionales- en *deterministas* relacionados con las condiciones sociales de la formación y otros [*fenomenológicos*] que dan mayor margen de libertad y acción al individuo, colocándole como protagonista de su propio desarrollo. Afirman que la mayoría de autores se ha centrado en estudiar las trayectorias que permiten las estructuras sociales, sin considerar más profundamente los proyectos personales y los antecedentes de los individuos. Entre los enfoques teóricos menos *deterministas*, Guichard y Huteau ubican a los de ‘ciclo de vida’ y a los de ‘**transiciones**’ que se ocupan más de momentos cruciales en las trayectorias individuales. La gestación de una identidad profesional es también un proceso complejo, habida cuenta de que inicia durante la adolescencia.

Dentro del ciclo vital, la toma de decisión de carrera o elección de estudios es la primera decisión trascendental en la vida de las personas en la cultura occidental –

baste recordar que un amplio sector de la población opta por, o necesita, incorporarse al mercado laboral al término de los estudios de secundaria-; por ello ha sido objeto de diversos análisis de los que se han derivado los enfoques teóricos de elección y desarrollo de carrera. Sin duda que una de las teorías más sólidas y con mayor influencia en el campo de la Orientación Educativa es la aportación de Super (1957), sobre la elección vocacional, su modelo sobre el desarrollo vocacional explicita cómo el proceso de elegir una profesión y comprometerse con ella, implica atravesar etapas madurativas y realizar diversas tareas denominadas precisamente, del desarrollo vocacional. Como señala Álvarez (1999: 235), este proceso –desarrollo vocacional–, es parte sustancial del desarrollo general [ciclo vital] de las personas.

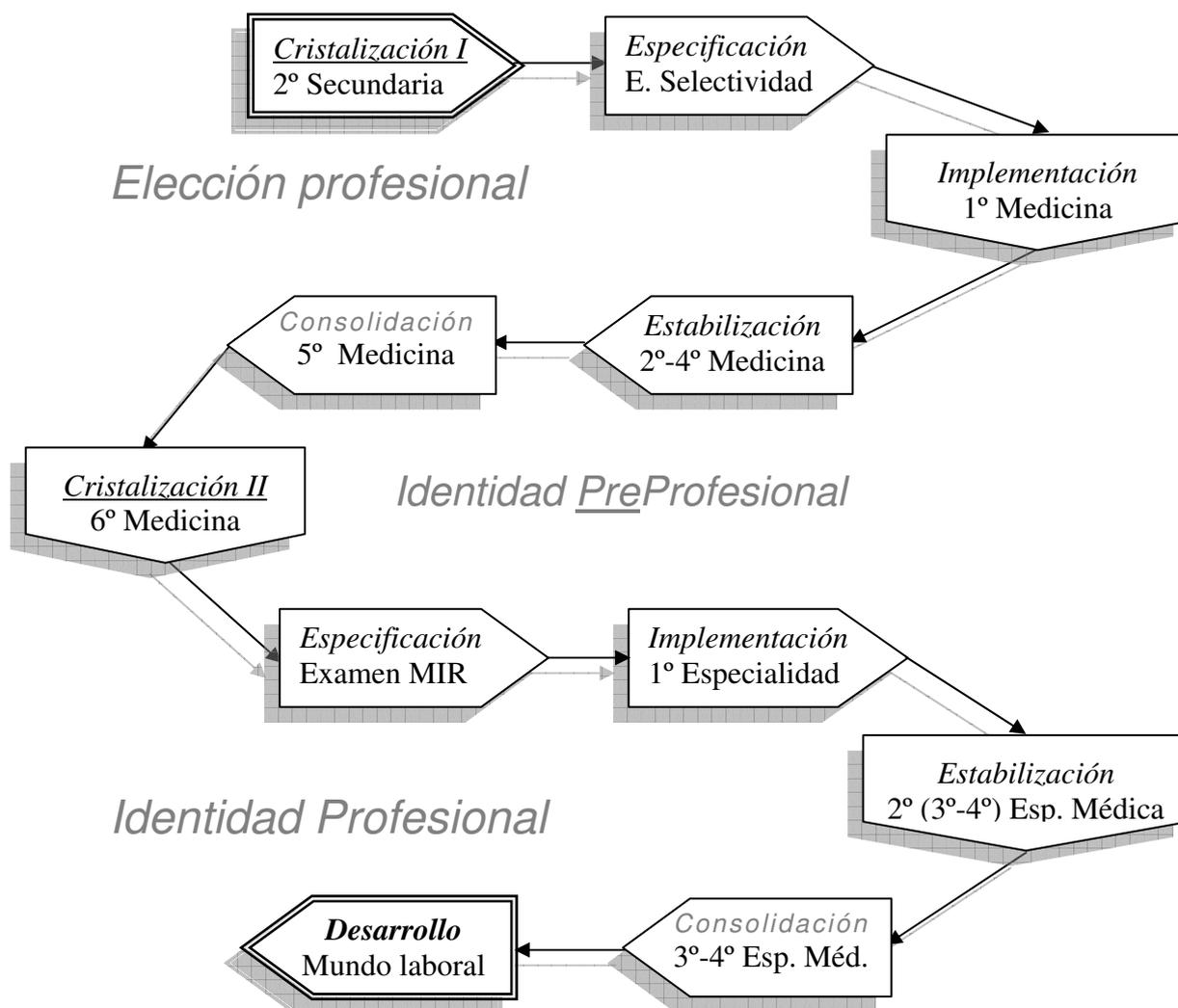
A la primera etapa o fase de *Crecimiento*, Super (1957) le asigna la tarea de cristalizar las capacidades y preferencias generadas por las fantasías e intereses a lo largo de la infancia. La segunda, *Exploración*, conduce a la especificación de las preferencias mediante las tentativas de la propia ejecución, es decir, el(la) joven intenta probarse en las actividades de su interés, haciéndose de los medios para implementarlas. La siguiente fase, *Establecimiento*, comporta como su nombre, la tarea de establecerse en un puesto de trabajo o en los estudios [de posgrado], desempeñando la profesión elegida y consolidando un estatus dentro de la misma o en la organización. Posteriormente, en la fase de *Mantenimiento*, las tareas se orientan a la preservación del estatus, al progreso y promoción profesional. Finalmente, la fase de *Retiro*, implica la necesaria planificación de lo que será el retiro del ámbito profesional, concretamente se refiere a la jubilación de las personas.

La carrera de Medicina comporta un currículo *sui generis*, cuyas estructuras formativas y sociolaborales conducen al alumnado de esa titulación a través de un proceso semejante al de su elección vocacional de la profesión médica. Cuando los jóvenes arriban al último curso del bachillerato están ‘cristalizando’ su elección profesional de Medicina basándose en sus intereses y capacidades; el examen de selectividad podría jugar un papel esclarecedor de la elección, al enfocarse en los conocimientos del área de la salud que el estudiante ha de probar conocer, ‘especificando’ sus intereses. Luego, su ingreso a la institución, formaliza la ‘implementación’- de la decisión y elección profesional.

A medida que avanza durante los tres cursos siguientes, 2º, 3º y 4º, el alumno se ‘estabiliza’, se integra y adquiere un estatus académico-profesional ante sus compañeros, profesores y personal sanitario; probablemente al arribar al 5º curso, el estudiante consolide esta elección e identidad que podría denominarse *PreProfesional*, dado que los cursos 4º, 5º y 6º comportan una rotación continua por las unidades y servicios hospitalarios, poniéndolo en contacto con las especialidades médicas, generando en él nuevos intereses y descubriendo en sí mismo, habilidades para una u otra especialidad.

El esquema 3 pretende mostrar el **doblo proceso** de elección profesional y la **postergación** de la consolidación de la identidad profesional en Medicina.

Esquema 3. Proceso ‘transicional’ de la Elección Profesional a la Identidad Profesional en Medicina



Es así que, durante el 6º y último curso del Pregrado, el estudiante, un ‘profesional’ de la Medicina, vuelve a ‘cristalizar’ una elección profesional, la de su especialidad médica. Al egreso, la mayoría del alumnado habrá de someterse al examen MIR que, como en el de la Selectividad, años atrás, le permitirá ‘especificar’ y concretar sus intereses, inclinaciones y habilidades.

El ingreso a los estudios de la especialidad conformará la ‘implementación’ de esa nueva elección profesional, cuya ‘estabilización’, integración y estatus como médico podrá consolidarse hacia el 2º ó 3º, ó 4º curso, dependiendo de la duración de esos estudios especializados.

Sólo al término de este periodo emerge el real profesional de la Medicina, ‘consolidándose’ una identidad profesional y un rol dentro del círculo médico, el que habrá de insertarse laboralmente y desarrollarse profesionalmente.

Pero esta identidad profesional adquirida durante la formación está, asimismo, alentada y procurada por las personas del entorno y la calidad en las relaciones que el estudiante establece con ellas. El conjunto de personas cercanas al alumnado de Medicina está conformado por: profesores, tutores, residentes, compañeros, médicos no profesores, otros profesionales sanitarios, familiares y/o pareja. Los tipos de relación que pueden establecer con ellas son: de apoyo al estudio, brindándoles conocimiento, asesoría, materiales; de contribución a su desarrollo profesional mediante inclusión en actividades precisas en el ámbito clínico o vinculándolos a equipos de trabajo o investigación; y de amistad, para compartir tiempo y espacio de ocio, recreación y esparcimiento.

Es frecuente que uno o varios miembros del profesorado se distingan por su actuación profesional, positiva o negativamente para el alumnado. Estos profesores o personal sanitario, serán recordados y/o emulados por sus alumnos durante mucho tiempo después, de ahí la relevancia de identificar en un proceso como la Tr. PCI-CI, modelos y relaciones que puedan favorecer el éxito de la transición y, por ende, contribuir positivamente a la identidad profesional.

Asimismo, la IP conlleva factores sociológicos, como el estatus, el poder, la influencia social, la cohesión en gremios profesionales con mayor o menos incidencia en las estructuras de poder político y, en menor medida, aunque no desdeñable, de poder económico. Los estudios formales de la profesión conforman una fase de transición que el aspirante a ingresar al círculo, atraviesa y en la que habrá de salvar escollos y dificultades, así como experimentar diversas situaciones ‘iniciáticas’ que lo moldearán, convirtiéndolo en el profesional, miembro del grupo de referencia.

La identidad profesional también asumida como un ente dinámico no es ajena, por tanto, a los cambios en la sociedad actual. Una profesión ha de responder a las nuevas demandas. Entre las que se le exigen a los médicos está el que sean más flexibles en su actuación ante: diversos grupos culturales, grupos más informados que ponen en jaque su anterior y tradicional estatus de experto y consejero por excelencia; además de “marcos organizativos complejos en los que fácilmente surgen conflictos por contradicciones entre enfoques de beneficio social y la estructura” (J. Rodríguez, 2004: 3)

Resumiendo, el término *profesionalización* alude al proceso mediante el cual un *Estudiante de*, se convierte en un *Profesional de*. Este proceso dinámico y complejo por los factores asociados, ocurre en un contexto brindado principalmente por la escuela –facultad–, esto es, la academia, donde están los expertos que también forman parte de la profesión y que proveerán al novato de elementos intelectuales, sociales y situacionales que darán por resultado un nuevo profesional de la carrera en cuestión,

de ahí que se haya denominado ‘profesionalizante’ a este contexto. Estos elementos profesionalizantes implican al individuo de forma integral, por tanto, sus dimensiones abarcan aspectos cognitivos y afectivos de la persona.

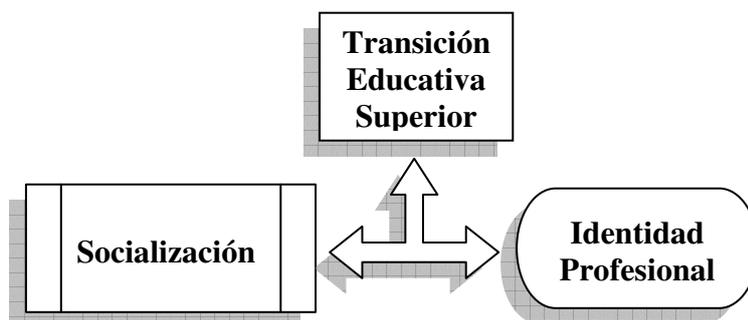
Elementos intelectuales: Lo conforman el currículo y sus acciones pedagógicas durante los estudios de la carrera. Concretamente se centra en los conocimientos teóricos y prácticos de la titulación y en sus resultados reflejados formalmente en el rendimiento académico del estudiante, aspecto cuyo impacto se manifiesta en la satisfacción por logros académicos, la autoconfianza y la motivación por la profesión.

Elementos sociales: Integran las redes de relaciones interpersonales y vínculos académico-profesionales que adquieren carácter significativo para el estudiante, tanto en sus aspectos positivos como negativos. Entre ellas se encuentran las relaciones -calidad y contenido de las mismas- con sus profesores, sus tutores, sus condiscípulos, familiares, profesionales de la carrera ajenos a la escuela, además de otros profesionales de carreras con un ámbito laboral común; las prácticas o hábitos inherentes a la profesión que dan la pauta para la adquisición de compromiso y valores deontológicos.

Elementos situacionales: Son aquellos que ocurren o se presentan en un espacio y circunstancia específicos, como son las prácticas profesionales, los escenarios de trabajo, las vivencias experimentadas por los estudiantes en determinadas circunstancias.

Entonces, puede afirmarse que si la **transición** curricular en el nivel educativo superior conlleva la adquisición de una nueva **identidad**, ésta habrá de conformarse mediante los procesos de **socialización** dentro del escenario educativo, como son las relaciones significativas. Por tanto, estamos ante un macroproceso interactivo e interdependiente:

Esquema 4. Identidad profesional, tres procesos implicados



Aplicando el esquema a la carrera de Medicina, el proceso de construcción de identidad se ve impactado por la transición PreClínico-Clínico; es un cambio abrupto que obliga al estudiante a realizar ajustes para los que no siempre está preparado. Durante la enseñanza Clínica, por primera vez, el estudiante ‘toma los hábitos de médico’, como un ‘novicio’ y comienza a hacer como ‘si fuera’ médico.

La formación adquiere un mayor énfasis en actividades que, apoyadas en el contexto curricular, vigorizan la consolidación de la identidad profesional –o *PreProfesional*- del médico; de ahí que los componentes reconocidos se denominen **Elementos profesionalizantes**, que aluden al ‘hacer de médico’ con un paciente real, a la confianza y satisfacción del alumno con sus propias capacidades, decisiones, resultados y logros académicos; a sus vínculos con otros profesionales de la salud como personal de enfermería y psicología; a las relaciones de apoyo que establece con sus profesores y compañeros; y a la imagen que el estudiante tiene de sí mismo y cree que los demás tienen de él. ¿Cómo contribuyen estos elementos a su formación? ¿Es, la bata blanca, tan importante para el alumnado, como piensan algunos profesores?

Pero el proceso profesionalizador se dispara con la acción de la enseñanza clínica.

Un foco: El paso del PreClínico al Clínico

La literatura de investigación sobre la docencia en Medicina es vasta. Como se ha mencionado, el estudio de la transición PCI-CI ha sido escaso pero no ausente, puesto que la discontinuidad pedagógica observada entre ambos ciclos del currículo médico ha sido objeto de atención en diferentes estudios (Briggs *et al*, 1990; Prince *et al*, 2000 y 2004), aunque no se le ha examinado bajo el enfoque de transiciones académicas, limitándose al análisis puntual de la experiencia del salto entre los ciclos mencionados. Al respecto, Smith (1996), comentaba que cada fase en la educación médica es una oportunidad única y novedosa de aprendizaje, particularmente durante el año en que se pasa de las clases en el salón a un ambiente en que son expuestos de manera intensiva al contacto con pacientes.

Uno de los estudios más relevantes sobre esta cuestión fue el de Mann (1994) en la Universidad de Ohio, quien halló que los estudiantes de primeros cursos de Medicina –PreClínico-, valoraron en gran medida las oportunidades para aclimatarse al escenario clínico, antes de cursar las rotaciones del periodo Clínico, pues tuvieron ocasión de observar a los médicos interactuar y manejar a los pacientes; comprender cómo abordan los problemas clínicos y toman decisiones y diferenciar la medicina real de la de los libros de texto.

Pero son los estudios que, desde la década de los años noventa, vienen realizando Prince y colaboradores en la Universidad de Maastricht³⁷, los que se abocan específicamente al tema de la transición PCI-CI, por lo que una revisión detallada se

³⁷ K. Prince; M. Van de Wiel; A. Scherpbier; C. Van der Vleuten y H. Boshuizen, conforman el equipo de investigadores del *Skillslab* de la FM; y del Department of Educational Research and Development de la Universidad de Maastricht, Holanda; cuyo currículum de enseñanza médica, sigue un enfoque de Aprendizaje Basado en Problemas. Los cuatro primeros cursos son PreClínicos con enseñanza integrada y práctica clínica con pacientes simulados; los dos últimos cursos pertenecen al ciclo Clínico.

hace pertinente. Con base en los hallazgos de Boshuizen y Scherpbier en 1992, 1996 y 1997, referidos por Prince *et al* (2000) sobre discontinuidad pedagógica entre el contenido curricular de los ciclos PCI y CI, que dificultaban la construcción y asimilación del conocimiento biomédico, presentándose en el alumnado un decremento en la aplicación del conocimiento biomédico en el escenario clínico, así como un decremento temporal en el conocimiento de habilidades clínicas; Prince *et al* (2000) se plantearon investigar la experiencia de la transición PCI-CI con los estudiantes de quinto curso –primer año de Clínica en Maastricht-.

Los autores utilizaron metodología cualitativa a través de grupos de discusión con una muestra de 20 estudiantes para explorar sus opiniones sobre la transición PCI-CI. Los resultados reportaron cinco categorías con la temática abordada.

Cuadro 11. Resultados de la Transición PreClínico-Clínico (Prince y otros, 2000)

<i>Categoría</i>	<i>Conceptos clave</i>	<i>Conclusiones</i>
<i>Transición</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias entre la teoría y la práctica • Sentimientos de inseguridad • Socialización profesional • Fatiga y jornadas largas • Satisfacción con el nivel de preparación académica. 	Diferencias drásticas PCI vs CI. Inseguridad personal por no saber qué se esperaba de ellos Trabajo con otro personal sanitario Adaptación requiere esfuerzo considerable Cambios en la vida social Jornadas extenuantes con sucesos impactantes y demandas continuas Valoraron preparación previa adecuada
<i>Contacto con pacientes reales</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad • Contacto con paciente real, diferente a los “casos de papel” • Dificultad para ‘utilizar’ a los pacientes como instrumento de aprendizaje 	Contactar con paciente relativamente fácil por las habilidades Los ‘casos’ fueron personas reales con dolencias que implicaban responsabilidad Dificultad inicial para examen físico Sentimientos de ‘culpabilidad’ por el rol del paciente como medio de aprendizaje
<i>Conocimiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de nunca saber lo suficiente • Déficit en ciencias básicas • Conocimiento estructurado a la inversa (de la práctica a la teoría). 	Los pacientes reales demandan conocimientos específicos Se advirtió déficit en anatomía, farmacología e interpretación de análisis clínico. En el PreClínico se aprendía ‘desde la teoría hacia la práctica’; en el Clínico es a la inversa.
<i>Habilidades Clínicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena preparación • Dificultad para reconocer patologías • Manejo de expedientes de pacientes • Presentación ante pacientes • Supervisión del examen físico del paciente 	Hab. Cl. adecuadas, desarrolladas en Lab. de Habilidades Clínicas Dificultad para reconocer enfermedades Dificultades en el manejo integrado del paciente. Escasa supervisión de su ejecución del examen físico del paciente.
<i>Aprendizaje</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de tiempo dedicado a estudiar • Formas de estudiar diferentes a las del PreClínico • Objetivos de aprendizaje • Motivación creciente con los pacientes 	Modificación en cantidad y horarios para estudiar En el Clínico, estudian sobre la patología real concretándose en aspectos del paciente. Mayor facilidad para autodefinir objetivos de aprendizaje El contacto con los pacientes y su patología motiva al alumno a estudiar y buscar información sobre el caso.

Como se mencionó, el plan de estudios de la Facultad de Medicina de Maastricht se ha integrado bajo los principios del modelo de Aprendizaje Basado en Problemas, particularmente en el ciclo PreClínico (4 primeros cursos de seis). Dadas las ventajas y beneficios reportados en amplia literatura, podría deducirse que, al disfrutar de una enseñanza integrada, el paso de un ciclo a otro en la enseñanza médica no presentaría las dificultades propias de una transición académica.

Sin embargo, los hallazgos en el estudio de Prince *et al* (2000) reseñado, indican que los estudiantes de su muestra sí experimentan dificultades durante los primeros meses del ciclo Clínico. Los autores exploran posibles explicaciones: el sistema ABP no está adecuadamente implantado; el sistema de evaluación no se corresponde coherentemente con la enseñanza de pequeños grupos tutoriales; el ciclo Clínico no está estructurado con ABP; durante el ciclo PreClínico la enseñanza con apoyo de pacientes reales o simulados es aún escasa.

Cabría acotar que el estudio de estos investigadores holandeses se apoya en el marco teórico y conceptual de la Educación Médica, descrito en el capítulo anterior y del cual han retomado los enfoques constructivistas del aprendizaje que también ilumina el modelo curricular de ABP desarrollado en la escuela de Medicina de la Universidad de Maastricht. La literatura sobre educación médica es rica: amplia, variada y continua, por lo que provee de un consistente encuadre conceptual a la investigación holandesa. Asimismo, su aproximación metodológica cualitativa ha permitido explorar e identificar, en la población de interés máximo: los estudiantes, elementos –categorías de análisis- sustanciales en la transición PreClínico-Clínico, emanados de la experiencia clínica de estos alumnos de Medicina. Lo que constituye una aportación notable al estudio de la transición objeto de estudio.

Si toda transición educativa es un proceso multidimensional –expuesto en secciones anteriores de este capítulo-, un abordaje conceptual integrador podría resultar altamente fructífero para esta y futuras investigaciones sobre las transiciones en Educación. Este abordaje se aprecia ausente en el estudio holandés de Prince y otros (2000). La perspectiva del estudio de las transiciones en Educación, es un enfoque integral e incluyente que intenta describir y explicar causas, procesos, factores y resultados de las transiciones académicas, dando cuenta de elementos personales, académicos y contextuales implicados en el cambio, que afectan a los estudiantes durante su tránsito por la formación, en este caso, universitaria.

La experiencia y resultados de investigaciones cercanas en la UB, como la de TRALS, estimuló el interés y curiosidad por abordar este punto de inflexión PCI-CI en la carrera de Medicina, desde la perspectiva de las transiciones, como un proceso, con el propósito de enfocar el momento puntual en que dentro del accionar curricular, concurren eventos y relaciones profesionalizantes, de índole personal, académica y contextual, a la par que vivencian sucesos y situaciones que impactan la formación del

alumnado. El cuarto curso de Medicina comporta el inicio del contacto con la Medicina ‘real’; conocerá directamente cómo se ejerce de médico y qué satisfacciones y dificultades afrontan estos profesionales en su quehacer cotidiano.

En esta etapa, también tomará contacto con un aspecto relevante en la carrera de Medicina: la incertidumbre que prevalece en el trabajo del médico, incertidumbre sobre la práctica profesional e inseguridad personal ante la posibilidad de errar en un diagnóstico o tratamiento, si bien es cierto que estas sensaciones y percepciones suelen estar más presentes al inicio del ejercicio profesional y que la experiencia y contacto con pacientes, atenuará las incertidumbres. Knight (1973, citado por Fargason y otros, 1998: 79) sostenía que “para muchos estudiantes, el desarrollo de la capacidad para aceptar la incertidumbre y abordarla con eficacia es la tarea de adaptación más difícil a la que se enfrentan en la Facultad de Medicina”; y esto es una realidad, la Medicina, como área de conocimiento contiene amplias lagunas.

Entonces, el arribar al Ciclo Clínico de la formación, implica, además de las discontinuidades pedagógicas (Gimeno, 1997; Prince y otros, 2000) situaciones y eventos de impacto socioafectivo, como son: el afrontamiento de pacientes, sus familiares, el dolor y sufrimiento físico y emocional; riesgos vitales, decesos y las limitaciones de la ciencia médica; también, el alumnado ha de aprender a ejercer roles alternados en un mismo escenario educativo-profesional, como profesional y como estudiante. Dada la intensidad de estos sucesos, podrían impactar de manera diferenciada la formación de los estudiantes, en sentido positivo o negativo.

Para los fines de esta investigación, el término **Sucesos** se ha definido como el conjunto de eventos, condiciones y situaciones que el estudiante afronta y vivencia al arribar a la enseñanza clínica –cuarto curso-, sea en el escenario del gabinete de consulta externa o en sala de hospital. El estudio piloto posibilitó identificar seis grupos de **Sucesos** específicos de la Tr. PCI-CI que impactan la formación médica:

- Estructura curricular de la enseñanza clínica. Alude no sólo a los contenidos, es decir, al conocimiento de las enfermedades, sino a la organización de la enseñanza (supervisión clínica, rotación por los servicios, ambiente y cultura del Hospital y las relaciones significativas).
- Trabajo del Médico. Implica los actos médicos que habrá de presenciar en el escenario clínico, específicamente: la intervención médica oportuna y la recuperación de la salud con el tratamiento.
- Relación con pacientes. Integra la forma de relacionarse con los pacientes y su familia; conocer sus creencias religiosas, morales y éticas.
- Sucesos con impacto emocional. Presenciar o apoyar la atención a enfermos crónicos, urgencias vitales (riesgo), el dolor físico o emocional y decesos.
- Doble del estudiante y triple rol del paciente. El alumno es, a la vez, estudiante y profesional en la Clínica; en tanto que el paciente es: una persona que requiere atención; un medio para el aprendizaje y, en algunos casos, un sujeto de investigación.

- Incertidumbre en la práctica profesional. Se refiere a la conciencia de las limitaciones de la Medicina en el acto de curar, lo que llega a generar en el estudiante un grado de inseguridad ante la enfermedad.

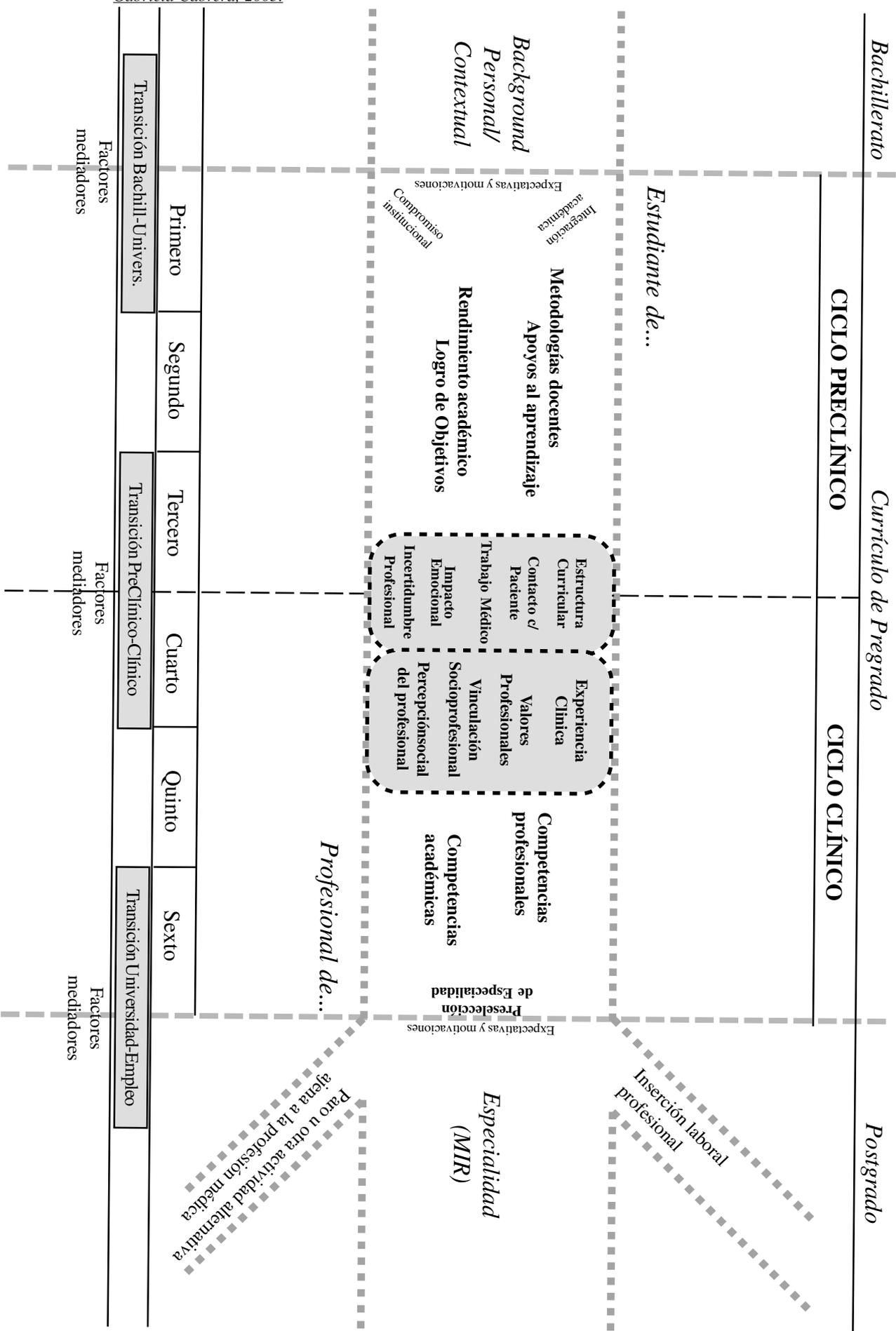
Los **Sucesos** de la Tr. PCI-CI y los **Elementos profesionalizantes** –página 118- son dos dimensiones implicadas en el análisis de la conformación de la identidad profesional, pues comparten aspectos de la formación médica que, incluso, podrían estar solapados. Mas, para este análisis se ha separado la dimensión **Sucesos** con el propósito de esclarecer sus componentes y detectar aquellos con mayor o menor impacto en la propia transición.

Sin duda alguna que en torno a todos y cada uno de estos aspectos, existe una amplia riqueza de estudios, pues cabe recordar que la Educación Médica es un área específica de la Educación en que la investigación docente ha tenido un desarrollo continuo y sostenido, a la par de los avances tanto en las ciencias de la salud, como en la tecnología de la información. Ejemplo de ello son las publicaciones que, algunas originadas al final del siglo XIX y a principios del XX, mantienen su difusión y solidez científica. No obstante, como se ha señalado, los estudios e investigaciones con enfoques metodológicos integrales son escasos. Ahora bien, el enfoque del estudio de las transiciones pareciera ofrecer un lente prismático como proponen TRALS (2001), para observar y describir tanto los elementos de las transiciones como sus posibles relaciones. De ahí la decisión de abordar el análisis de la transición PCI-CI de una forma integral, considerando el riesgo conceptual y metodológico que podría implicar.

Dado que una transición académica curricular, sucede en un momento de la formación, inserta en el plan de estudios, entonces, el conjunto de componentes y factores del currículo tendrá un efecto determinado en la transición. Entre estos, aparte del programa de asignaturas, están: los métodos de enseñanza, las actividades de apoyo, las redes sociales académicas y externas como la familia y los otros profesionales de la salud. Por otra parte, -siguiendo la dinámica procesual de las transiciones y de la propia identidad profesional-, cabe explorar los logros del proceso educativo del currículo: los resultados académicos, las competencias profesionales y las académicas. Un elemento adicional lo conforman las expectativas al egreso que se van consolidando a medida que transcurre el periodo Clínico de la formación médica y que constituyen un aspecto *sui generis* en esta titulación.

En virtud de lo anterior, el estudio de la transición PCI-CI habría de ser analizada desde los elementos presentes, tanto los estructurales como desde la experiencia de los protagonistas implicados: el profesorado y el alumnado. Esta asunción trajo como consecuencia que, tomando como referencia el modelo sobre la Transición Bachillerato-Universidad de TRALS, se identificaran los elementos descritos en el capítulo anterior y en este, y se propusiera una representación gráfica: el Modelo de la Transición PCI-CI en Educación Médica.

Esquema 5. Transiciones en la carrera de Medicina



El esquema anterior permite observar las transiciones que el paso por la enseñanza superior implica, pero, en el caso concreto de Medicina de la UB, puede ubicarse el punto de inflexión en el paso de tercer a cuarto cursos, del Ciclo PreClínico al Ciclo Clínico, cuyas principales características se han reseñado antes.

También, se observa cómo el currículo de Pregrado es el proceso didáctico multifactorial que dará por resultado un profesional de la Medicina, capaz de insertarse laboralmente al egreso de la licenciatura. Es durante este proceso que la **acción curricular** -contenidos, estructura y organización-, mediante las metodologías docentes, las actividades de apoyo, los vínculos sociales y elementos profesionalizantes, **contribuye a desarrollar** en el estudiante: competencias profesionales y académicas, adquiriendo valores y actitudes que le proveerán **una identidad profesional**, en este caso, de médico. Con base en lo expuesto, cabe suponer que el arribar al ciclo Clínico comportará la mayor experiencia profesionalizante del alumnado de Medicina, puesto que esta enseñanza trae consigo diversos sucesos o situaciones que pueden impactar con mayor o menor grado el aprendizaje y la vivencia de los estudiantes.

El cuadro siguiente muestra la relación conceptual entre algunos de la amplia gama de componentes presentes, y los postulados de autores hasta aquí expuestos.

Cuadro 12. Relación conceptual: Componentes de la Transición y postulados teóricos

Autores	Sucesos de la Tr. PCI-CI	Elementos Profesionalizantes	Autores
<i>Gimeno, 1997. Prince y otros, 2000.</i>	<u>Estructura curricular:</u> Conocimiento de Enfermedades y organización de la enseñanza clínica. La supervisión clínica de profesores y médicos residentes.	<u>Experiencia Clínica:</u> Contar con un paciente como medio de aprendizaje; las primeras experiencias clínicas, las relaciones entre estudiantes.	<i>Gimeno, 1997. Prince y otros, 2000.</i>
<i>Gimeno, 1997.</i>	<u>Doble rol del alumno:</u> Estudiante y profesional en la Clínica.	<u>Experiencia de aprendizaje:</u> Rendimiento académico, satisfacción con logros académicos; autoconfianza en capacidades y decisiones; estímulo de los profesores.	<i>Schlossberg, 1984. Bandura, 1990 y 1999.</i>
<i>Parkes, 1971. Schlossberg, 1984. Prince y otros, 2000.</i>	<u>Contacto con pacientes:</u> Relación con pacientes y su familia, afrontamiento de creencias religiosas, morales y éticas del paciente. <u>Triple rol del paciente:</u> persona enferma que necesita sanar, medio de aprendizaje, sujeto de investigación. <u>Sucesos con impacto emocional.</u> Presencia de enfermos crónicos; urgencias vitales; dolor físico y/o emocional; deceso de pacientes.	<u>El compromiso profesional con el bienestar del paciente.</u>	<i>Parkes, 1971. Schlossberg, 1984.</i>

Autores	Sucesos de la Tr. PCI-CI	Elementos Profesionalizantes	Autores
<i>Nicholson, 1990, y Dupuy, 1998.</i>	Trabajo del médico: Quehacer profesional, intervención médica oportuna y recuperación de la salud con el tratamiento. Incertidumbre en la práctica profesional. Inseguridad personal ante la enfermedad.	Vinculación Socioprofesional: El papel que juegan los oros profesionales de la salud; la vinculación con colegios y asociaciones de profesionales; y la información permanente vía media.	<i>Nicholson, 1990. Casal, 1997 y Dupuy, 1998.</i>
<i>Bronfenbrenner, 1987. Gimeno, 1990.</i>	Ambiente y cultura del hospital o centro ambulatorio.	Percepción social del profesional: La imagen que los demás tienen del estudiante y algunos elementos identitarios como bata blanca o estetoscopio.	<i>Dupuy, 1998.</i>

Lo que se ha expuesto hasta aquí, permite confirmar que la transición PreClínico-Clínico es un proceso harto complejo y multifactorial. Sus componentes se hallan imbricados y no siempre es posible aislarlos para su estudio. Por ejemplo, el rendimiento académico es, en realidad, un continuo, puesto que este ha comenzado desde el primer curso, durante el ciclo PreClínico o básico. Sin embargo, tal complejidad comporta un desafío para su análisis.

Más aún, cuando la superación de la Tr. PCI-CI es la base sobre la cual, el alumnado se prepara en forma académica y personal, para afrontar la siguiente transición: egresar del Pregrado y continuar su formación especializada.

La preselección de la Especialidad Médica

Como se ha venido afirmando en apartados anteriores, la carrera de Medicina también es de las pocas titulaciones cuya formación origina una segunda elección vocacional (Ver esquema 3, p. 110). El paso del PreClínico al Clínico conforma una transición hacia la construcción de una nueva identidad profesional. Si la elección de estudios de Medicina y su ingreso a la Facultad implicaron la cristalización de un proceso de elección (Super, 1957), en el tránsito secundaria-universidad; ahora, el paso PCI-CI, no es la culminación de una decisión, sino el inicio de otra: la elección de especialidad médica; que se inicia con la exploración de las especialidades a través de la rotación del estudiante por los diferentes servicios del hospital y/o ambulatorio.

Esta concatenación de transiciones se corresponde también con el principio de Recurrencia en los ciclos de transición, (Nicholson, 1990), preparando al estudiante para una nueva transición. Asimismo, puede suponerse que la identidad profesional construida durante los años de licenciatura –Pregrado–, en el caso de los estudios de Medicina, no llega a ‘cristalizar’ completamente, dado que al término del Pregrado, el

alumnado buscará proseguir el estudio de una especialidad médica, que se convertirá en la real identidad profesional del estudiante.

En España, la trama organizativa, el número de aspirantes y el tipo de examen para obtener una plaza de residente y estudiar la especialidad, han contribuido a generar una situación que demanda al egresado de licenciatura no “elegir” una especialidad en *strictu sensu*, sino seleccionar un *pull* de especialidades que le son afines, entre las que deberá decidir con base en la nota de acceso (promedio de nota final de licenciatura más nota en el examen MIR), en un reducido tiempo.

Durante el último curso, el sexto año, el alumnado inicia este singular proceso de preselección de especialidades, una vez que ha recorrido la casi totalidad de ellas en su experiencia clínica hospitalaria. Nuevamente, como en el último curso de bachillerato, los estudiantes entran en un proceso de análisis de intereses, motivaciones personales y contextos, que le conducen a preelegir un cuarteto o sexteto de especialidades en donde el alumno puede sentirse más o menos satisfecho y logre una plaza al momento de decidir, de acuerdo con su nota MIR y su desempeño en la formación de Pregrado. Cuando en la mayoría de las otras carreras, el futuro licenciado se prepara para la inserción laboral, el licenciado en Medicina aún continuará siendo estudiante en su calidad de médico residente, sólo así podrá ejercer profesionalmente en el sistema de sanidad pública que absorbe a la mayoría de los médicos. (Cabrera, 2003).

Lo antes descrito permite explicar la relevancia que, en la educación médica, ha adquirido el estudio de este proceso de selección. Una somera revisión del estado actual de la literatura sobre el tema sirve de encuadre para el estudio realizado. La literatura científica respecto de esta segunda elección o preselección de carrera es abundante. Así, es factible encontrar diversas variables analizadas y asociadas con la elección de determinadas especialidades médicas; por ejemplo, el tipo de currículo cursado; el tipo de institución formadora; la etapa de exposición práctica a especialidades; el apoyo educativo que se brinde al estudiante durante esta exposición; el grado de satisfacción con el contenido de la(s) especialidades; la introducción temprana de rotación por las especialidades; las capacidades profesionales y personales de los tutores de clínica; o las diferencias entre géneros.

Hays (1993) realizó un estudio exhaustivo acerca de los principales factores que influyen en la elección de la especialidad médica. Encontró que la selección de Medicina General [Familiar o comunitaria] mantenía una mayor frecuencia sobre otras especialidades; además, fue más elegida por las mujeres y por los estudiantes de mayor edad, quienes tendieron a elegir medicina general por su corta duración. El autor detectó que el interés por la Medicina General tiende a decrecer a medida que se avanza en la formación, debido en parte a la mayor popularidad que alcanzan las

especialidades al entrar en contacto con ellas, durante la formación clínica. No obstante, existen evidencias de que la Medicina General es la que más contribuye al desarrollo de habilidades de comunicación.

Por otra parte, Bosco y Galli (2000), señalan que durante el internado médico, los estudiantes están expuestos al *role modelling* con residentes de determinada especialidad, por lo que es esa especialidad la que los impactará, al mismo tiempo destacan que la institución brinda escasa práctica en atención primaria, con lo cual puede darse el caso de que los alumnos adquirieran la visión de que el ejercicio de una especialidad es la única manera de ejercer “buena medicina”.

Howe e Ives (2001), encontraron que al final del cuarto año, después de haber cursado atención primaria, los estudiantes presentaban ‘intención de carrera’, así como una mayor comprensión del proceso causal en la salud. Sin embargo, en otro grupo, alumnos de tercero que estuvieron expuestos a prácticas hospitalarias, al final del curso mostraban una inclinación por las especialidades hospitalarias y una visión menos holística, más orientada a la enfermedad. Entre otros factores destacó el género a la hora de elegir especialidad, las mujeres tendieron más a las carreras orientadas a la comunidad; también, más del 50% de las estudiantes de cuarto año optan al final por una carrera orientada a la comunidad. Para concluir, los autores afirman que una vez que hay contacto con el hospital, las elecciones serán de especialidades hospitalarias, por tanto, sugieren compensar esta preponderancia con una ‘exposición’ del alumnado a experiencias en medicina de atención primaria, similar en duración o en momento de la formación, al contacto con las otras especialidades médicas.

Para probar si la exposición a las diferentes especialidades de la Medicina, tenía algún impacto en la elección posterior de la especialidad, Bauer y otros (1997), introdujeron una rotación ambulatoria en el tercer año de estudios de Medicina y encontraron un efecto modesto sobre esta elección. Es probable que sus resultados estuviesen afectados por el cierre de la transición bachillerato-universidad, o bien, por un grado de inmadurez vocacional.

Con un enfoque más ambicioso, Williams y otros (1997), trabajaron un modelo causal para probar la influencia del mejor predictor en la elección de una especialidad. Encontraron que, no obstante la vasta literatura acerca de las competencias percibidas y evaluadas, lo cierto es que el mejor predictor (igual que en el bachillerato), es el de los intereses, y que estos, a su vez, se desarrollan y estimulan mejor en un ambiente de aprendizaje en el cual se promueva la autonomía personal.

En el abordaje del proceso de elección de carrera -en este caso de especialidad médica-, desde la Orientación Educativa, en esta investigación se opta por un enfoque conceptual ecléctico (Álvarez e Isús, 1998) que retoma las aportaciones de tres

teorías: a) desarrollo de D. Super (1977), b) Decisión Profesional de Krumboltz (1983) y c) Autoeficacia percibida y Elección de carrera de Hackett (1999).

El Modelo Sociofenomenológico de Super (1977, Cit. por S. Rodríguez y otros, 1993), plantea que la elección de carrera es un subproceso integrado al propio desarrollo de la persona, en particular, del concepto de sí mismo, puesto que la elección de una profesión, requiere haber alcanzado un grado de madurez cognitiva, afectiva y comportamental, a la que denominó madurez vocacional. En este nivel la persona reconoce en sí misma un conjunto de atributos que le caracterizan y que podrá relacionar con un determinado conjunto de funciones encuadradas en una profesión específica; asimismo, tiene la capacidad de iniciar la búsqueda de información, analizarla, tomar una decisión y llevarla a efecto.

De acuerdo con S. Rodríguez y otros (1993: 554), la acción de búsqueda de información incrementa el número de opciones –especialidades- de estudio; también posibilita identificar las características de las opciones –especialidades-; además de conocer las tareas específicas de las opciones, en este caso, qué padecimientos se abordan en la especialidad de interés. De ahí la importancia que el ciclo Clínico comporta para la elección de la especialidad.

El modelo de Super encontró apoyo instrumental en el enfoque de Aprendizaje Social para la toma de decisiones de J. Krumboltz (1983, Cit. por Rodríguez y otros, 1993) quien se orientó al desarrollo de un modelo para la toma de decisiones profesionales, cuyo proceso incluye tanto el aspecto procedimental de fases subsecuentes –basado en una secuencia lógica, racional y objetiva-, como el de factores que influyen en el mismo; es el caso de las experiencias previas y los aprendizajes que la persona ha tenido a lo largo de su vida y que han impactado la percepción de sí mismo y, por ende, su potencial hacia una carrera.

Posteriormente, a raíz de las aportaciones de Bandura (1977, 1983) sobre el papel que la percepción de autoeficacia tiene sobre las acciones, decisiones y capacidad de autopromoción –*agency*-, un grupo de investigadores de la Universidad de Ohio - Hackett, Betz y Lent-, desde mediados de la década de los años ochenta, han venido estudiando el papel de la autoeficacia percibida en la elección de carrera, cuyos resultados han redimensionado el enfoque cognitivo conductual de Krumboltz.

Concretamente, Hackett y colaboradores (1999), han encontrado evidencia para sustentar que la autoeficacia percibida sobre las habilidades propias determina la opción de carrera –en el caso de Medicina, esto podría aplicarse al tipo de especialidad médica Vg. Cirugía, Anatomía Patológica o Medicina Familiar, por mencionar los estereotipos de competencia visomotriz, preferencia por el trabajo en laboratorio aislado, o por la relación constante con el paciente.

También, reportan evidencias sobre la relación entre la autoeficacia percibida, originada en una experiencia de impacto positivo o negativo, con el hecho que esta puede alejar al estudiante de una carrera a pesar de contar con las habilidades previas.

En el caso de Medicina, la rotación por los servicios y el escenario de la Enseñanza Clínica, conlleva el primer contacto con las especialidades médicas, con experiencias de afrontamiento de dolor físico o emocional, con profesorado y personal sanitario que trata al estudiante de una forma determinada, y el desempeño académico de los alumnos en esas rotaciones –sus logros-, pueden ser factores que contribuyan a fortalecer o minar su percepción de eficacia, con efectos en la elección de la especialidad.

Ahora bien, dado que el esquema laboral pretendido por la mayoría del actual colectivo de licenciados en Medicina en España, es el de cursar una especialidad médica, es pertinente revisar las ideas prospectivas que el alumnado a mitad de la carrera de Medicina suele presentar, ya que los cambios, oportunidades y restricciones impuestas por el contexto social, económico y político, también impactan los proyectos personales de vida de la gente, y en particular, de los estudiantes. Es así que, como se ha mencionado anteriormente, dependiendo de sus posibilidades, el licenciado en Medicina podría optar por continuar estudiando un posgrado formal, o incursionar en otro ámbito laboral, relacionado o ajeno a su profesión médica –esto último ocurre en menor medida, habida cuenta de la solidez de la elección vocacional.

Es indudable que el peso del sistema MIR influye, pero el alumnado puede manifestar sus preferencias por las diferentes vertientes que brinda el ejercicio profesional de la Medicina, como son la asistencia, la gestión, la docencia o la investigación. De igual forma puede preferir laborar en el sector público o en el privado; tanto en un escenario hospitalario o en un centro ambulatorio.

La evidencia sobre los tópicos mencionados, es relativamente escasa, implica la participación de las propias universidades en estudios de seguimiento de egresados y las asociaciones o colegios de profesionales, con sus censos gremiales. Los programas de seguimiento de egresados requieren altos recursos económicos, materiales y humanos. Dos estudios sobre la inserción laboral de los recién egresados y que ofrecen una visión global de la situación, son los realizados por la Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Cataluña (S. Rodríguez, 2003 y 2005).³⁸

³⁸ Ante la peculiaridad del egresado de licenciatura en Medicina que, mayoritariamente tendería a aplicar para una plaza MIR y no a insertarse directamente en el campo laboral, esta población no fue considerada en el primer estudio, AQU, 2003. En el más reciente (AQU, 2005) ya han sido incorporados.

Los estudios destacan la existencia de una brecha entre la formación y la ocupación, indicando una profesionalización mayor de las personas en el ámbito laboral, que no en el formativo, lo cual traslada hacia el sector empleador la tarea de formar un profesional, ubicada teóricamente en las instituciones educativas. Los autores señalan que los resultados de los estudios revisados, difícilmente pueden arrojar un análisis comparativo preciso, puesto que contienen escasa información, no obstante contar con amplias muestras. Con los datos recabados los autores afirman que actualmente las probabilidades de empleo para un recién egresado dependen en gran medida del valor que su carrera tenga en el mercado de trabajo. Luego, ¿qué tan valorada laboralmente está la profesión médica?

En el estudio de AQU (2005), se constata que los egresados de Medicina y Odontología catalanes logran una tasa de ocupación del 96.7%; aunque sólo el 35% de ellos lo hacen en un empleo fijo; el 85.67% se dedica al ámbito asistencial, mientras que el 62% se emplea en el sector público. También, en la “Encuesta de inserción laboral” realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid con egresados en el año 2000, se encontró que el 85% de ellos logró colocarse en su primer empleo hasta 6.4-7.6 meses después de concluir sus estudios (CND-FME, 2005). Si se tiene un egreso anual de 4,349 profesionales y se inserta el 85% - mediante el MIR o en otros sectores públicos o privados-, es probable que cada año aproximadamente 600 licenciados en Medicina estén desempleados en España, por lo menos hasta por doce meses, o más, si intentaran aplicar en la siguiente convocatoria MIR. De ahí la importancia de contar con información sobre la dinámica del empleo y de las especialidades.

En este sentido, aunque en España la relación egresado de Medicina y plaza de especialidad fue de 1.6 en la edición 2005 del Examen MIR, lo cierto es que una vez concluida la residencia, nada asegura el empleo; las probabilidades varían en función de las especialidades y de las condiciones sociodemográficas de las comunidades autónomas. No obstante, es indudable que el desempleo o empleo precario es un riesgo o un factor que el alumno de Medicina debe tomar en cuenta a la hora de elegir especialidad y/o de proyectar su futuro mediato.

Con base en los enfoques y modelos descritos, interesar explorar las tentativas de preselección de especialidad médica, habida cuenta de que esta elección podría estar condicionada en gran medida por el proceso del Examen MIR, sin embargo, se apuesta por la prevalencia del proceso de identificación vocacional sobre la influencia del MIR. Este incluye tanto los factores personales: la percepción de sus propias competencias; los valores personales y profesionales; metas y proyectos de inserción laboral; como los factores contextuales de la especialidad: académicos; estructurales, p.ej. normativas de acceso a/y de los estudios, número de plazas de las especialidades, o el tipo/nivel de las instituciones que ofertan las especialidades.

Cuadro. 13. Factores psicosociales implicados en la elección de la especialidad médica

<i>Factores</i>		<i>Descripción</i>
<i>Factores Personales</i>	<i>Personales</i>	Tradicionalmente en OE se habla de los intereses y aptitudes como determinantes en la elección de carrera –especialidad médica-. Los factores personales aluden a las motivaciones e intereses que el estudiante de medicina ha adquirido durante su formación universitaria. Asimismo, incluye las capacidades y habilidades que haya desarrollado en ese periodo. Lo anterior, aunado al conocimiento y nivel de confianza en sí mismo, le inclinarán hacia una especialidad.
	<i>Valores deontológicos</i>	Los conforman la satisfacción con su profesión que el estudiante haya obtenido durante su formación; los intereses genuinos y compromiso por el bienestar de la sociedad en general y del paciente y su familia en particular; asimismo, integra el valor de la colaboración intercolegas y el compromiso con el avance de la Medicina.
<i>Factores contextuales de la Especialidad</i>	<i>Académico-Profesionales</i>	Se refieren a todos los aspectos implicados en una especialidad: plan de estudios, duración de los estudios, modelo curricular; estado del conocimiento en el área médica de la especialidad; percepción de mayor/menor facilidad de los estudios, entre otros.
	<i>Estructurales de los estudios</i>	Alude a la normativa y estructuras de acceso al estudio de la especialidad, como son los requisitos de ingreso –MIR-; número de plazas ofertadas; características y ubicación de las instituciones donde se imparte la especialidad.
	<i>De Contacto con los estudios</i>	Se refieren a la influencia que otras personas pueden ejercer sobre el estudiante: familiares, profesores, otras personas con la especialidad.
	<i>Prospectivos de desarrollo profesional</i>	Se constituyen con la oferta de puestos de trabajo de esa especialidad, perspectiva de ingresos económicos, movilidad nacional e internacional de la especialidad.

Los factores anteriores pueden o no estar siendo considerados por los estudiantes de Medicina, pero tienen un peso determinante en la elección de la especialidad; más aún cuando se cursa el sexto año de la carrera. También, de acuerdo con la teoría de la Madurez Vocacional (Super, 1977) sobre la elección de carrera como proceso que se desarrolla a lo largo de la formación escolar, conviene detectar el estado de esta nueva elección vocacional, antes del egreso y, sobre todo, cuando inicia el contacto directo con las especialidades clínicas pues ejercen una mayor atracción por su contenido práctico y su modalidad de aprendizaje *in situ*.

COROLARIO

En este capítulo se han abordado los principales elementos implicados en las transiciones académicas, con énfasis en la transición de la enseñanza superior. En el análisis de la enseñanza médica que se imparte en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, también se han ubicado posibles factores que pueden incidir en la calidad de sus transiciones curriculares:

- Factores contextuales de la formación:
Personas, relaciones y elementos profesionalizantes
- Factores de la Tr. PreClínico-Clínico:
Sucesos de la Enseñanza Clínica, que impactan la formación
- Y Factores asociados con el egreso hacia el mundo laboral
Factores específicos implicados en la elección de una especialidad médica
Perspectivas de trabajo y desarrollo profesional

Ahora bien, si se toman como punto de referencia las categorías halladas por Prince y colaboradores (2000), la mayoría de los elementos curriculares identificados en la Tr. PCI-CI en esta investigación pueden corresponderse como se ilustra a continuación.

Cuadro 14. Comparativo de categorías de la transición PCI-CI, Prince y Cabrera

		<i>Prince y otros (2000)</i>	<i>Cabrera (2001-2004)</i>
Elementos de la Transición	Asociadas con <u>Acciones del Currículo</u>	TRANSICIÓN* Diferencias PCI-CI Inseguridad Socialización Cansancio/Jornadas Preparación satisfactoria	Análisis comparativo de ciclos PCI-CI Experiencia clínica Sucesos con impacto en la formación médica Incertidumbre profesional
		CONOCIMIENTO Sensación de no saber todo Déficit Ciencias Básicas De Práctica a Teoría	<u>Enseñanza clínica</u> : contenidos, estructura y organización (Conocimientos, carga académica , rotación y supervisión).
			<u>Trabajo del Médico</u> : Vínculos sociales y elementos profesionalizantes Paciente (persona enferma; medio de aprendizaje ; sujeto de investigación). Ambiente y cultura del hospital
		CONTACTO CON PACIENTES Facilidad en el trato Paciente real vs. pac. de 'papel' Dificultad con paciente medio de aprendizaje	<u>Relación con pacientes</u> y sus familiares Creencias y valores diferentes
	<u>Protagonistas</u>	Alumnos (Informantes)	<u>Alumnado</u> (estudiante y médico en ciernes) <u>Profesorado</u> (Tutor, profesor, supervisor, residentes)
	Asociadas con <u>Logros obtenidos</u>	APRENDIZAJE Tiempo dedicado estudio Forma de estudiar Objetivos de aprendizaje (caso de paciente real) Motivación creciente con paciente	Rendimiento académico Logro de Objetivos didácticos Competencias académicas (Transversales)
		HABILIDADES CLÍNICAS Preparación adecuada Difícil reconocer patología Dificultad en registro y manejo del paciente Supervisión en examen físico	Competencias profesionales (Específicas)
			Prospectiva de egreso: preselección de especialidades Escenarios y sectores laborales futuros

Las **negritas** representan aquellos elementos que ambas investigaciones abordan en diferentes dimensiones. Cabe recordar que las categorías de análisis asociadas con las acciones/factores que determinan el proceso educativo o con logros obtenidos, se han expuesto y delimitado en el capítulo precedente sobre Educación Médica, por lo que en éste únicamente se han definido aquellos elementos o sucesos inherentes a la experiencia de la transición a la enseñanza clínica.

El paso siguiente es investigar cómo se expresan estos últimos en la realidad, por ejemplo, cuáles son las vivencias positivas o negativas en el alumnado, o en qué momento son más impactantes; no sólo desde la perspectiva de los estudiantes, sino también desde la de sus profesores, que son quienes están más cerca de ellos y quienes participan de la experiencia clínica pedagógica.