RIDE | Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo
ISSN 2007-7467

https://doi.org/10.23913/ride.v17i33.3081

Artículos científicos

De idealizar al médico a convertirse en médico

From idealizing the doctor to becoming one

De idealizar o médico a tornar-se médico

Alejandro Torres Valenzuela
Universidad Juárez del Estado de Durango, Facultad de Medicina y Nutrición, México
alejandrotorresvalenzuela@gmail.com
http://orcid.org/0000-0002-4023-7788

Resumen

La concepción que los aspirantes construyen sobre la figura del médico se moldea por vivencias e influencias iniciales, transformándose sustancialmente a lo largo de su carrera. Objetivo: analizar la evolución del concepto de médico desde la percepción previa al ingresol hasta la obtención del título profesional. Método: estudio cualitativo y descriptivo con diseño narrativo retrospectivo. Mediante análisis de contenido temático, se examinó una muestra de 48 ensayos autobiográficos seleccionados aleatoriamente de un universo de 114 textos redactados por egresados de medicina (1990-2012) en la Universidad Juárez del Estado de Durango. Resultados: previo al ingreso, el médico era conceptualizado bajo un sesgo de idealización como un "superhéroe", omnisciente, infalible y de prestigio inquebrantable, motivado por factores familiares o experiencias críticas personales ante la enfermedad. Al egreso, tras el contacto con la realidad clínicay el sufrimiento, el concepto transitó hacia una visión madura centrada en la responsabilidad integral, la gestión de la salud, el compromiso ético, la empatía y la escucha activa. Conclusiones: la formación médica opera como un rito de paso y maduración vocacional donde la idealización cede ante la consolidación de una identidad profesional humanística, reflexiva y consciente de los límites propios.

Palabras clave: Educación médica. Función del médico. Profesionalismo. Humanismo. Empatía. Responsabilidad social.

Abstract

Introduction: The conception that aspiring physicians construct of the figure of the doctor is shaped by initial experiences and influences, transforming substantially throughout their medical training. Objective: To analyze the evolution of the concept of the physician from the pre-admission perception to the attainment of the professional degree. Method: A qualitative and descriptive study with a retrospective narrative design. Through thematic content analysis, a sample of 48 autobiographical essays was randomly selected from a universe of 114 texts written by medical graduates (1990-2012) at the Universidad Juárez del Estado de Durango. Results: Prior to admission, the physician was conceptualized under an idealized bias as a "superhero"—omniscient, infallible, and of unshakeable prestige—motivated by family factors or critical personal experiences with illness. Upon graduation, after contact with clinical reality and suffering, the concept shifted toward a mature vision centered on comprehensive responsibility, health management, ethical commitment, empathy, and active listening. Conclusions: Medical training operates as a rite of passage and vocational maturation where idealization gives way to the consolidation of a humanistic, reflective professional identity that is aware of its own limitations.

Keywords: Education, Medical; Physician's Role; Professionalism; Humanism; Empathy; Social Responsibility.

Resumo

A concepção que os aspirantes a médicos constroem da figura do médico é moldada por experiências e influências iniciais, transformando-se substancialmente ao longo de sua carreira. Objetivo: Analisar a evolução do conceito de médico desde a percepção anterior à admissão até a obtenção do diploma profissional. Método: Estudo qualitativo e descritivo com delineamento narrativo retrospectivo. Por meio de análise temática de conteúdo, uma amostra de 48 ensaios autobiográficos foi selecionada aleatoriamente de um universo de 114 textos escritos por graduados em medicina (1990-2012) da Universidade Juárez do Estado de Durango. Resultados: Antes da admissão, o médico era concebido sob uma perspectiva idealizada como um "super-herói" — onisciente, infalível e de prestígio inabalável — motivado por fatores familiares ou experiências pessoais marcantes com doenças. Após a formatura, em contato com a realidade clínica e o sofrimento, o conceito se transformou em uma visão mais madura, centrada na

CC BY

responsabilidade integral, na gestão da saúde, no compromisso ético, na empatia e na escuta ativa. Conclusões: A formação médica funciona como um rito de passagem e amadurecimento profissional, onde a idealização dá lugar à consolidação de uma identidade profissional humanista e reflexiva, consciente de suas próprias limitações.

Palavras-chave: Educação médica. Papel do médico. Profissionalismo. Humanismo. Empatia. Responsabilidade social.

Fecha Recepción: noviembre 2025 **Fecha Aceptación:** Julio 2026

Introducción

Quien aspira a ser médico construye a lo largo de su vida una percepción de esta profesión, fundamentada inicialmente en referentes familiares y en la atención médica recibida de manera directa o por personas allegadas. Asimismo, influyen los aspectos socioculturales que asocian a la medicina con la relevancia social, la estabilidad económica y el prestigio. A esto se suma la difusión de los medios de comunicación, que abarca desde coberturas noticiosas hasta series de televisión donde el médico es el protagonista principal. Como consecuencia de estos factores, socialmente se le atribuye a este profesional un conocimiento pleno, la capacidad de curar al enfermo y un elevado reconocimiento comunitario.

La idealización del médico induce a muchos estudiantes a elegir esta carrera. Gutiérrez Maydata et al. (2020) señalan que los estudiantes valoran la medicina como una carrera "noble", que permite ayudar a los demás y alcanzar reconocimiento social (p. 188). Según González-Amarante et al. (2021), los estudiantes tienden a concebir al médico como un "héroe moderno", dotado de habilidades excepcionales y una vocación inquebrantable. Esta percepción no solo alimenta el deseo de pertenecer a la profesión, sino que también configura expectativas sobre el tipo de formación que recibirán (p.75).

En el momento en que el estudiante expresa su decisión genera tensiones, tanto personales, así como familiares y también sociales que hacen evidente las exigencias académicas, la burocracia institucional y también limitaciones del sistema de salud, para algunos el entorno les es favorable mientras que para otros es limitativo.

Debido a la creación de esos significados sociales imaginarios, los aspirantes suelen visualizar al médico como un conocedor absoluto, capaz de curar y aliviar el sufrimiento humano con autoridad y empatía; esta imagen es un punto de partida que será revisado, cuestionado y reconfigurado a lo largo de su formación médica, esto es, del conocimiento absoluto ya que se dan cuenta que nunca alcanzaran un conocimiento total y de la

autoridad ya sea paternalista, incuestionable, o de otro tipo a una perspectiva centrada en el paciente en la que el cuidado, la empatía y la colaboración juegan un papel esencial y reconociendo que la relación médico paciente es una relación transversal basada en la confianza y respeto mutuo (González-Amarante et al., 2021).

Los médicos en formación van descubriendo que la práctica profesional no se reduce al dominio de técnicas o diagnósticos precisos, sino que abordan la realidad desde una perspectiva que integra la naturaleza probabilística de la profesión, superando los enfoques exclusivamente deterministas.. Comprenden la importancia de desarrollar habilidades de comunicación, sensibilidad ética y humanística y la capacidad de adaptarse a contextos complejos marcados por limitaciones personales, institucionales y/o sociales.

Al aproximarse al final de su carrera, la imagen idealizada que tenían del médico se ha desvanecido; en general valoran profundamente su formación, pero también reconocen áreas insuficientemente abordadas en su formación, en la guía de sus tutores y en la realidad cotidiana del sistema de salud (Gutiérrez Maydata et al., 2020).

Esta evolución del concepto de médico es configurada por el currículo formal y en gran medida por el currículo oculto dado por las vivencias hospitalaria y comunitarias. Esto moldea, de manera lenta y silenciosa pero decisiva su identidad profesional. Adquieren una visión más realista, reflexiva y humanística del médico, de esta manera el saber y el hacer, se equilibra con el ser. Ya no lo ven como un ser omnisciente, sino como un profesional que debe equilibrar el conocimiento técnico con la sensibilidad humana. El egresado reconoce que su rol no se limita a diagnosticar y tratar, sino que incluye acompañar, escuchar y tomar decisiones éticas en contextos inciertos.

Si bien diversos estudios han descrito las motivaciones para ingresar a la carrera de medicina y los cambios en la percepción de la profesión durante la formación, aún existe la necesidad de comprender cómo se construye y transforma la identidad profesional médica a partir de las experiencias académicas y clínicas. En este sentido, el presente estudio aporta evidencia cualitativa sobre los procesos mediante los cuales los estudiantes redefinen el significado de ser médico, generando información relevante para fortalecer la formación del profesionalismo y la identidad médica en la educación superior.

De esta manera el objetivo general del presente es: comprender –en un grupo de estudiantes al momento de su titulación– cómo ha evolucionado el concepto de médico tras la formación académica.

Los objetivos específicos derivados son:

- Identificar cómo los estudiantes perciben al médico antes de iniciar sus estudios y cómo esa imagen contribuyó a su decisión de cursar la carrera.
- Identificar cuál es su concepto de médico al momento de obtener el título profesional.
- Analizar coincidencias, diferencias y contradicciones entre los conceptos previos al ingreso a la carrera y al momento de la titulación de médico.

Metodología

Diseño metodológico

La presente investigación se adscribió al enfoque cualitativo con un alcance descriptivo, implementando un diseño narrativo de corte retrospectivo (Creswell y Poth, 2018; Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). Este abordaje metodológico permitió comprender, interpretar y reconstruir los significados que los propios egresados otorgan a su trayectoria formativa en su entorno natural, analizando cronológicamente las vivencias experimentadas a lo largo de su carrera médica. Para el procesamiento, reducción sistemática e interpretación de los discursos latentes contenidos en los textos autobiográficos, se utilizó el análisis de contenido temático como estrategia técnica de elección (Bardin, 2020; Saldaña, 2021).

Contexto y fuente documental

El corpus de estudio se conformó inicialmente a partir de la recopilación institucional de ensayos reflexivos elaborados por médicos en proceso de titulación de la Facultad de Medicina y Nutrición de la Universidad Juárez del Estado de Durango, los cuales fueron integrados de manera diacrónica a lo largo del periodo de enero de 1990 a diciembre de 2012. En el marco del protocolo del examen profesional —y bajo la tutela y coordinación de la presidencia del jurado de titulación—, se solicitó a cada sustentante la redacción de una narrativa libre y reflexiva.

Obtención y características del corpus documental

Como guías orientadoras para la escritura de estos textos, se propusieron dimensiones de indagación clave: los motivos de elección vocacional, los determinantes de ingreso a la carrera, las vivencias durante el ciclo básico (primeros cuatro semestres) y el ciclo clínico (quinto a décimo semestre), las experiencias en el internado rotatorio de pregrado y el servicio social, la percepción del examen profesional, así como sus expectativas y

proyectos futuros de desarrollo profesional. Cabe destacar que dichas dimensiones operaron únicamente como ejes orientadores de la reflexión personal; por tanto, el formato libre de la narrativa no obligaba a los sustentantes a agotar de manera restrictiva la totalidad de los componentes enunciados, permitiendo que emergiera su propia subjetividad y las vivencias de mayor significado existencial.

Selección de la muestra

A partir de esta estrategia de registro, el universo histórico del estudio quedó formalmente delimitado por 114 exámenes profesionales celebrados en el periodo mencionado. Con base en este marco muestral y con el propósito de mitigar sesgos de selección, se realizó un muestreo probabilístico sistemático aplicando un intervalo de selección k=2, lo que arrojó un total inicial de 57 ensayos de carácter autobiográfico. Con el fin de garantizar la representatividad, pertinencia y calidad del material de análisis, se procedió a depurar esta preselección mediante criterios de exclusión específicos, descartando un total de nueve documentos: cinco por presentar una desviación temática respecto al objeto de estudio; dos por carecer de datos de autoría que garantizaran su trazabilidad institucional; y dos debido a que presentaban un abordaje conceptual análogo a otros textos pero con menor profundidad argumentativa. De esta manera, se consolidó una muestra definitiva de 48 ensayos.

Las unidades documentales que integraron la muestra final mostraron una extensión variable de entre una y cuatro cuartillas, registrando una recurrencia promedio de 2.5 cuartillas por texto. El análisis sistemático e interpretativo de este corpus textual facilitó la emergencia de 32 unidades de significado de alta densidad analítica. La extracción de estas categorías se dio por concluida al alcanzar el punto de saturación teórica; es decir, cuando la incorporación de nuevos testimonios evidenció redundancia interpretativa y no generó propiedades o dimensiones novedosas para la comprensión del fenómeno de la transición identitaria (Saunders et al., 2018).

En la Figura 1 se describen detalladamente las fases consecutivas que integran el proceso metodológico global de la presente investigación.

CC BY

Figura 1. Secuencia metodológica para la construcción del imaginario médico estudiantil y la conceptualización del médico



Fuente: elaboración propia

Unidad de análisis

La unidad de análisis se define como "es la entidad principal que se estudia en una investigación [y que], en el análisis cualitativo de texto, puede ser una palabra, una oración, un párrafo, un tema o incluso un documento completo" (Stewart 2023, párr. 3). Para este estudio, dicha unidad quedó constituida por los ensayos autobiográficos elaborados por los estudianetes dependiendo del objetivo del estudio" (Martínez Miguélez, 2005). Dentro de este corpus , se examinaron de manera sistemáticas las declaraciones, vivencias, frases o secciones textuales que configuran dos momentos clave de su trayectoria.

El primer momento comprende la reconstrucción de sus historias de vida y los antecedentes previos al ingreso a la carrera, abarcando sus experiencias directas o indirectas con el personal médico, el contacto temprano con el dolor y el sufrimiento humano, el interés por las ciencias biológicas y los imaginarios sociales de la profesión. El segundo momento engloba la trayectoria académica formal y la paulatina configuración de su concepto de la práctica médica, extendiéndose longitudinalmente hasta la sustentación de su examen profesional.

Procedimiento de análisis

El plan de análisis de la información (sintetizado en la Tabla 1) articula las decisiones metodológicas orientadas al procesamiento e interpretación de los datos empíricos. Este procedimiento se estructuró a partir de tres componentes fundamentales:

Tabla 1. Componentes metodológicos para el análisis cualitativo de la información

Componentes	Definición conceptual	Definición operativa
Unidades de registro	Es «la parte de la unidad de comunicación que se toma como unidad base con miras a la categorización y al recuento frecuente» (Bardin, 2020, p. 78.	Son frases o expresiones clave que condensan significados relevantes.
Unidades de contexto	«el segmento de la unidad de contenido, mayor que la unidad de registro, que es necesario examinar para poder comprender el significado de la unidad de registro» (Piñuel Raigada, 2002, p. 40),	En este estudio, la unidad de contenido se operacionalizó de manera síncrona como la unidad de contexto. Son fragmentos narrativos que rodean y explican las unidades de registro.
Categorías emergentes	Se conceptualizan como aquellos temas, patrones o nodos conceptuales clave que no se establecen a priori a partir de la teoría existente, sino que surgen o se "rescatan" inductivamente de los datos brutos recopilados durante el trabajo de campo (Echevarría, 2011).	Son conjuntos de temas que permiten interpretar el discurso en profundidad.

Fuente: elaboración propia

El andamiaje interpretativo se consolidó a través de tres ejes axiales que capturan de manera multidimensional la evolución de la identidad profesional del egresado. El eje de idealización explora la dimensión afectivo-vocacional, orientada a decodificar los imaginarios sociales, mitos y expectativas iniciales que impulsaron la elección de la carrera. El eje de influencia examina la dimensión socio-contextual, enfocada en los determinantes externos, modelos de rol y experiencias con el dolor o la tradición familiar que moldearon el tránsito del estudiante. Finalmente, el eje de pensamiento analiza la dimensión cognitivo-evolutiva, la cual da cuenta de la maduración intelectual del sustentante y de la reconfiguración crítica de su concepto del acto médico a lo largo de su trayectoria formativa. Esta tríada categorial permite aprehender el fenómeno de la formación médica no solo como un trayecto técnico-académico, sino como un proceso de metamorfosis identitaria y subjetiva.

Por otro lado, la transición terminal de la formación médica no constituye únicamente una sumatoria de créditos aprobados, sino una profunda reconfiguración existencial, ética y cognitiva del estudiante, la cual se hace plenamente manifiesta durante el examen profesional (Cruess et al., 2014; Hong & Chu, 2026). Más allá de su definición como un

CC BY

acto administrativo de evaluación de competencias, este hito opera en la educación superior como un auténtico rito de paso o consagración social (Bourdieu, 1998, como se citó en Segalen, 2005). En él, los sustentantes abandonan definitivamente el rol de observadores e integrantes subordinados del sistema de salud para asumir formalmente la investidura, responsabilidades y compromisos éticos que conlleva la práctica autónoma de la medicina (Bebeau, 2002, como se citó en Hong & Chu, 2026; Kegan, 1982).

A través del análisis de las narrativas autobiográficas y reflexivas recopiladas al concluir su formación, se evidencia una clara transición discursiva: la fascinación inicial por el "saber curar" y la omnipotencia técnica dan paso a una comprensión madura, realista y humana de la salud integral (Charon, 2006). El egresado deconstruye su propio mito fundacional (a menudo influenciado por el currículo oculto y las jerarquías hospitalarias) para dar cabida a una práctica clínica basada en la intersubjetividad, el reconocimiento de la propia vulnerabilidad y la responsabilidad social (Bardin, 2013; Lifshitz, 2012).

CC BY

Tabla 2. Matriz de operacionalización de los momentos de la identidad médica para la configuración del objeto de estudio

Eje	Definición Operativa	Función
Primer momento: imaginario vocacional del médico	Es el proceso de análisis cualitativo orientado a identificar, clasificar y ordenar el conjunto de ideas, creencias, emociones y símbolos construidos diacrónicamente por los sustentantes antes del ingreso a la carrera acerca de lo que significa "ser médico" (Bardin, 2013; Krippend	Dentro del objeto de estudio es delimitar el estado basal del imaginario médico estudiantil, sirviendo como el marco de referencia subjetivo necesario para analizar (González et al., 2019; Mayta-Tristán et al., 2015).
Idealización	Representa la construcción simbólica y emocional que los aspirantes hacen del médico antes de iniciar su formación (Pérez-Ciordia et al., 2022).	Funciona como punto de partida vocacional, moldeando el deseo de pertenecer a la profesión médica a partir de expectativas socioculturales preexistentes.
Pensamiento	Agrupa reflexiones conscientes, valoraciones personales y representaciones mentales sobre la conceptualización del médico y la medicina, ya sea antes o durante su formación académica (Montgomery, 2006).	Refuerza la decisión vocacional desde una perspectiva racional y ética, evolucionando paulatinamente conforme se adquieren conocimientos disciplinares.
Influencia	Incluye factores externos y experiencias de vida que impactan directamente en la decisión de estudiar medicina; abarca el entorno familiar, interacción con profesionales de la salud, enfermedades propias o de seres queridos, y modelos sociales de referencia (Mayta-Tristán et al., 2015).	Actúa como el catalizador emocional y circunstancial que convierte una inclinación vocacional abstracta en la determinación formal de matricularse.
Segundo momento: maduración de la identidad profesional a la titulación	Es el proceso de análisis cualitativo orientado a identificar, clasificar y ordenar el conjunto de valores éticos, competencias humanísticas, habilidades relacionales y compromisos sociales consolidados críticamente por los sustentantes al concluir su formación profesional acerca de lo que significa "ser médico" (Bardin, 2013; Cruess et al., 2014; Hong & Chu, 2026).	Evidenciar la maduración práctica, ética y profesional del egresado en el examen profesional, sirviendo como el marco de referencia reflexivo necesario para contrastar y analizar los procesos de transformación

		identitaria y maduración vocacional a lo largo del trayecto universitario (Cruess et al., 2014; Hong & Chu, 2026; Kegan, 1982).
Integralidad	Consiste en la identificación de narrativas donde el egresado asume el rol del médico como un agente de transformación social, encargado de la prevención, promoción y la atención biopsicosocial del individuo y sus comunidades (Frenk et al., 2010).	Demuestra la expansión del modelo biomédico tradicional del egresado hacia una atención holística y de responsabilidad compartida, trascendiendo el enfoque meramente curativo u organicista (Collière, 2009).
Alteridad	Sistematiza las expresiones que priorizan la dimensión afectiva, el entendimiento compasivo del sufrimiento del otro (el paciente) y la comunicación asertiva mediante la escucha activa en el encuentro clínico cotidiano (Charon, 2006).	Permite documentar el desarrollo de la empatía clínica real y el reconocimiento de la subjetividad del paciente, contrarrestando el riesgo de despersonalización derivado de la formación tecnológica institucional (Lifshitz, 2012).
Ética	Categoriza los discursos del sustentante referidos a la adopción de una disciplina formativa continua guiada por la deontología, el desinterés personal (altruismo), la humildad ante sus límites y la salvaguarda permanente de la dignidad humana (Pellegrino & Thomasma, 1993).	Evidencia el proceso de maduración moral y la deconstrucción del mito de la infalibilidad médica, posicionando al egresado como un profesional reflexivo y éticamente comprometido con la vida (Pellegrino, 2002).

Fuente: elaboración propia

La detección de estas regularidades permitió localizar frases y párrafos clave, atribuidos a cada sustentante, y construir las categorías analíticas acerca del concepto de médico desde dos momentos: antes del ingreso a la carrera y al presentar el examen profesional.

CC BY

Categorías analíticas

"Las categorías son construcciones teóricas que permiten agrupar unidades de significado similares; su construcción puede ser inductiva, a partir de los datos, o deductiva, desde el marco teórico" (Galeano, 2004, p. 83). En el presente estudio las categorías analíticas fueron construidas inductivamente, siguiendo los principios del análisis cualitativo de contenido. Dichas categorías "son estructuras conceptuales que permiten organizar y dar sentido a los datos cualitativos. A diferencia de los códigos, que suelen ser más concretos, las categorías son más abstractas y ayudan a explicar patrones, relaciones y significados" (Rebolledo Carreño, 2022, párr. 4). Estas categorías organizan los significados emergentes en torno a núcleos conceptuales que explican la evolución de la conceptualización del médico a lo largo de la formación académica.

Consideraciones Éticas

El desarrollo de esta investigación se rigió por los principios deontológicos de la investigación cualitativa en salud, garantizando el respeto, la confidencialidad y la integridad en el manejo de los textos autobiográficos analizados. Las salvaguardas éticas se estructuraron bajo tres criterios fundamentales:

1. Confidencialidad y Anonimización: Para salvaguardar la privacidad de los egresados, se eliminó cualquier dato filiatorio directo (nombres o matrículas) de las transcripciones. Las identidades fueron inicialmente codificadas por las siglas de sus nombres y apellidos, posteriormente se ordenaron alfabéticamentee y de ahí fueron sustituidas por códigos alfanuméricos de control (v.g., E-01, E-02, E-03) que sirvieron como únicas unidades de muestreo en los resultados.
2. Carácter Público del Acto y Acceso Institucional: Dado que el examen profesional en la UJED es por definición un acto de carácter público, las narrativas presentadas en este marco poseen una naturaleza de difusión institucional abierta. No obstante, para el acceso y análisis sistemático de los 114 ensayos originales, se contó con la anuencia y el respaldo de las autoridades de la Facultad de Medicina y Nutrición de la UJED. En concordancia con el rigor de trazabilidad, se excluyeron aquellos documentos que carecían de los registros mínimos necesarios para validar su origen institucional formal.
3. Fidelidad y Respeto Narrativo: Para preservar la autenticidad y la subjetividad de los participantes, se respetó la literalidad de los testimonios presentados en los resultados, conservando su sintaxis y ortografía originales, evitando sesgos de sobreinterpretación.

CC BY

Resultados

Dentro de este proceso, se describen los dos momentos clave en el análisis fenomenológico de la transfiguración profesional en la formación médica: el primero comprende factores psicosociales (idealización, pensamiento e influencia) y motivacionales en la elección de la carrera de medicina y corresponde a la imagen que los estudiantes tenían antes de ingresar a la carrera (imaginario vocacional del médico); el segundo corresponde a la conceptualización del médico al presentar el examen profesional, que corresponde precisamente al concepto de médico al obtener el grado (la maduración de la identidad profesional a la titulación).

A continuación, se presentan citas textuales (el listado no es exhautivo para no alargar la tabla, solo se describe una unidad de contexto y una de registro por cada sustentante) de los testimonios organizadas por participante (Tabla 3), en la primera columna se encuentran códigos alfaneumericos de los participantes estudiados, en la segunda, posterior a la identificación de los códigos (idealización, pensamiento e influencia) se enlista la unidad de contexto antes del ingreso, en la tercera se describe la unidad de registro antes del ingreso, en la cuarta corresponde a la unidad de contexto al término de su formación académica, y en la última se encuentra la unidad de registro al término de su carrera. El listado se encuentra en orden alfabético de siglas, no cronológico y transformado a código alfanumerico de control. Además como se mencionó, se hace notar que, si existen errores de dedo, mala puntuación, mala ortografía, sintaxis etc., es debido a que se respetó lo vertido en los documentos entregados por cada uno:

CC BY

Tabla 3. Citas textuales agrupadas en unidades de contexto y de registro de testimonios escritos en los ensayos presentados por estudiantes de la carrera de medicina de la FAMEN-UJED al momento de presentar su examen profesional

Unidad de Muestreo (Participante)	Unidad de Contexto – Antes del ingreso	Unidad de Registro – Antes del ingreso	Unidad de Contexto – Al término	Unidad de Registro – Al término
E-01	"Veía en ese personaje místico… algo así como un superhéroe real."	"Un superhéroe real."	"Servir… la satisfacción del deber cumplido regocija nuestros corazones."	"Servir… esta dicha no tiene igual."
E-02	"Pensaba que los médicos eran casi omniscientes, capaces de curar cualquier mal."	"Médicos omniscientes."	"El médico es un ser humano con grandes responsabilidades y compromiso ético."	"Compromiso ético ineludible."
E-03	"Siempre me ha llamado la atención ayudar a la gente."	"Ayudar a la gente."	"Ser médico es la responsabilidad más grande… ayudar con gusto."	"Ayudar como te gustaría que te trataran."
E-04	"mi abuela era enfermera"	"influencia familiar	(No se incluye testimonio final)	—
E-05	"El doctor como un ser que sabe de todo, respetado por todos."	"Sabe de todo, respetado."	(No se incluye testimonio final)	—
E-06	"vocación de servicio de un doctor que atendió a mi familia"	"vocación de servicio"	"prevenir, educar y acompañar al paciente"	"prevención, educación y compañamiento"
E-07	"El médico tenía autoridad moral y prestigio inquebrantable."	"Autoridad y prestigio."	"Aprendí que ha valido la pena todo lo que sacrifiqué."	"Valió la pena el sacrificio."
E-08	"Me atrajo la admiración de mis familiares hacia el Dr. Girola."	"Admiración familiar hacia el médico."	"El papel del médico es vital… con ética, tenacidad y disciplina."	"Ética, tenacidad y disciplina."
E-09	"Los médicos eran infalibles… solucionaban todo con medicamentos."	"Infalibilidad médica."	(No se incluye testimonio final)	—

CC BY

E-10	"La figura del médico era de un héroe… el que todo lo sabía."	"Médico como héroe omnisciente."	(No se incluye testimonio final)	—
E-11	"Me gustaba ayudar… los médicos eran respetados y admirados."	"Médicos respetados y admirados."	"Una de las profesiones más completas… contacto humano incomparable."	"Constante aprendizaje y contacto humano."
E-12	"Desde niña quería ser maestra… pero mi familia no lo apoyaba."	"Cambio de vocación por presión familiar."	"Decidí ser médico en el 5° semestre influenciada por las prácticas clínicas."	"Influencia de prácticas clínicas."
E-13	"Mi padre es doctor… lo admiro por su calidad humana."	"Admiración por el padre médico."	"Cada día me siento más convencido de que la medicina es lo mío."	"Convicción vocacional."
E-14	"Tomé la decisión de ser médico a muy temprana edad."	"Vocación temprana."	"Anteponer la salud del paciente… es una ofrenda de nuestra vida."	"Ofrenda por la vida de los demás."
E-15	"Tuve una cuestión personal de salud… vi el humanismo del doctor que me atendió."	"Humanismo del doctor que me atendió."	"El médico debe ser preparado, ético, empático y humano."	"Jamás perder el sentido humano de la profesión."
E-16	"El ser doctor era ser alguien inteligente, capaz de resolver cualquier problema."	"Capaz de resolver cualquier problema."	(No se incluye testimonio final)	—
E-17	"Quería evitar que otros niños sufrieran como yo."	"Evitar sufrimiento infantil."	(No se incluye testimonio final)	—
E-18	"La influencia real fue un familiar que me orientó hacia el ámbito de la salud."	"Un familiar me orientó."	"Ser médico es hacer una diferencia en la vida de las personas con conocimiento y empatía."	"Diferencia con conocimiento y empatía."

CC BY

E-19	(No se incluye testimonio inicial)	—	“Nosotros, médicos, somos instrumentos que luchamos por la vida del paciente.”	“Instrumentos que luchan por la vida.”
E-20	(No se incluye testimonio)	—	"haberlo escuchado, el haberlo revisado" “ los componentes de un buen médico, ética y humanismo”	“ética y humanismo”
E-21	"raíz familiar de inclinación por esta vocación"	“Influencia familiar”	(No se incluye testimonio final)	—
E-22	“Al ver al Dr. ya me sentía mejor… decidí ser médico por el deseo de servir.”	“Deseo de servir.”	“Solucionar problemas… fomentar medicina preventiva y salud pública.”	“Labor curativa y preventiva.”
E-23	“Presencié un paciente que falleció desangrado… me quedó la inquietud por tener conocimientos para ayudar.”	“Falleció desangrado sin ayuda.”	“Debemos preocuparnos por nuestros pacientes como amigos.”	“Interesarnos por sus problemas y resolverlos juntos.”
E-24	“Lo que faltaba era el humanismo… la medicina llenaba mis expectativas.”	“La medicina llenaba mis expectativas.”	“Tratar directamente con personas… ellos piensan, tienen sentimientos.”	“Con la práctica va uno aprendiendo.”
E-25	"el contacto humano y la posibilidad de mitigar el dolor"	“acompañamiento y mitigar el dolor”	(No se incluye testimonio final)	—
E-26	“La palabra médico… la más humana, la de más dedicación, amor, responsabilidad.”	“La más humana, la de más dedicación.”	“Estoy a la mitad del camino… seguir luchando por esas metas.”	“Decir con satisfacción: soy médico.”

CC BY

E-27	"Ser médico era sinónimo de ser muy inteligente y admirado… poder ayudar en momentos de vulnerabilidad."	"Ayudar en momentos de vulnerabilidad."	"Más que curar… es escuchar, ser empático y hacer las cosas con amor."	"Escuchar, empatía, amor."
E-28	"Me llamó la atención el conocer la función del cuerpo humano, saber por qué enfermábamos y cómo actuar para sanar."	"Conocer la función del cuerpo humano."	"El médico debería recuperar el respeto y cariño que tenía antes."	"Solo se ve como alguien que da diagnóstico y tratamiento."
E-29	"Los médicos eran respetados por la sociedad."	"Respeto social hacia el médico."	"El internado es una prueba de fuego… puedo ayudar a mucha gente."	"Ayudar a mucha gente."
E-30	"Trataría a los pacientes como los que fueron amables conmigo."	"El médico amable mejora al paciente."	"El médico es una persona entrenada para ayudar y solucionar problemas."	"Capaz de ayudar en su enfermedad."
E-31	"Quise ser el mejor… para que mis papás se sintieran orgullosos."	"Orgullo familiar como motivación."	(No se incluye testimonio final)	—
E-32	"Desde niña… deseo de ayudar y saber más sobre salud."	"Deseo de ayudar desde la infancia."	"No solo curar… sino prevenir y promover salud."	"Prevenir y promover salud."
E-33	"Ver a mis sobrinitos enfermos y no poder hacer nada me motivó."	"Impotencia ante el sufrimiento infantil."	(No se incluye testimonio final)	—
E-34	"El médico era alguien muy preparado, que no se equivocaba."	"Infallibilidad médica."	(No se incluye testimonio final)	—
E-35	"Un médico en mi pueblo me recibió con agrado… me	"Un médico agradable que sabe lo que pasa."	"La formación del médico… aprendizaje desde el inicio hasta el	"Conocimientos adquiridos con la práctica."

CC BY

	pregunté cómo puede ser tan agradable y saber lo que me pasa.”		final de nuestros días.”	
E-36	“Un problema de salud de mi madre… ver el trabajo de los doctores me interesó.”	“Problema de salud de mi madre.”	“Ser médico significa gran responsabilidad, compromiso y humildad.”	“Responsabilidad, compromiso y humildad.”

Nota: (—) significa que no existe unidad de registro ya que no se incluyó testimonio

Fuente: elaboración propia

Construcción de categorías

Momento 1. imaginario vocacional del médico. Factores psicosociales (idealización, pensamiento e influencia) y motivacionales en la elección de la carrera de medicina.

Las unidades de registro se interpretaron en función de sus correspondientes unidades de contexto. Posteriormente, estas se agruparon por afinidad semántica y temática para propiciar la emergencia de categorías analíticas de mayor nivel de abstracción, siguiendo la lógica inductiva de la teoría fundamentada. Este proceso permitió otorgar un sentido estructurado a la experiencia humana narrada en los textos, revelando con ello dinámicas y significaciones profundas. De este modo, las categorías resultantes facilitan la comprensión de los motivos iniciales que impulsan la elección de la medicina y, simultáneamente, visibilizan los procesos de resignificación que acontecen durante la formación académica, consolidando una identidad profesional compleja y humanizada (Rebolledo Carreño, 2022, párr. 4).

Las principales categorías emergentes (inductivas) identificadas fueron:

- Idealización del médico: El médico es concebido como figura heroica, omnisciente, infalible y socialmente admirada. Esta categoría evidencia el imaginario simbólico que antecede a su formación médica.
- Motivaciones humanistas: Expresan el deseo de ayudar, servir y acompañar al otro en momentos de vulnerabilidad. Muestran una vocación centrada en valores éticos y afectivos.
- Motivaciones intelectuales: Manifiestan curiosidad científica, interés por el cuerpo humano y atracción por el conocimiento médico. Relacionan la vocación con el pensamiento racional y exploratorio.

CC BY

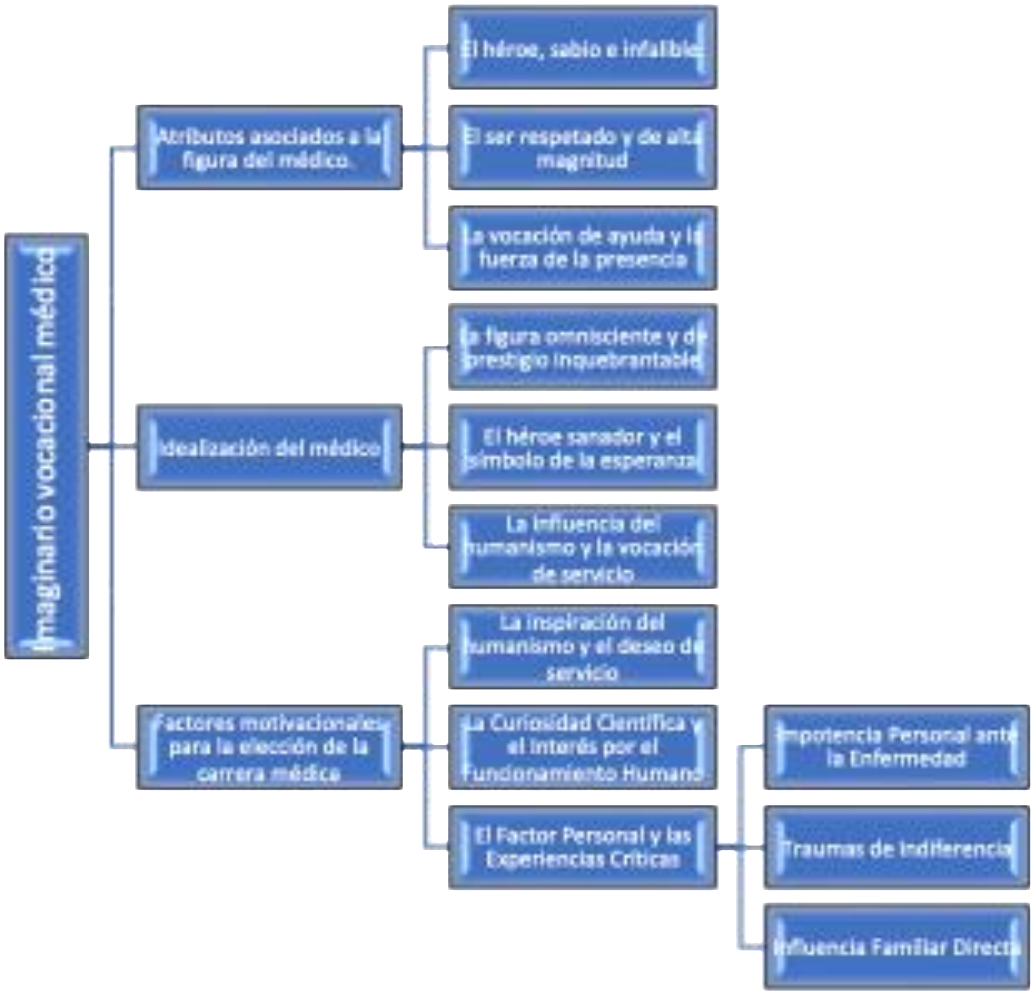
- Experiencias críticas personales: Relatos de enfermedad propia o familiar, negligencia médica o influencia directa de modelos familiares. Actúan como detonantes emocionales de la decisión vocacional.
- Transformación del concepto de médico: Al término de la carrera, el médico es concebido como profesional ético, empático, responsable y comprometido con la salud pública.

Las primeras cuatro categorías emergentes corresponden a la imagen que los estudiantes tenían antes de ingresar a la carrera y fueron reagrupadas en categorías temáticas:

- La primera agrupa los atributos asociados a la figura del médico, tales como su conceptualización como un ser héroe, sabio e infalible; la memoria colectiva de un profesional respetado y de alta estima social; así como la vocación innata de ayuda y la fortaleza de su presencia.
- La segunda corresponde a la idealización del médico, percibiéndolo como una figura omnisciente y de prestigio inquebrantable, un héroe sanador y el símbolo personificado de la esperanza.
- La tercera comprende los factores determinantes para la elección de la carrera médica; entre ellos se encuentran la inspiración humanista y el deseo de servicio, la curiosidad científica junto al interés por el funcionamiento biológico, así como los factores personales y las experiencias críticas. Este último eje incluye, a su vez, la impotencia individual experimentada ante la enfermedad, las vivencias de dolor derivadas de la indiferencia asistencial y la influencia familiar directa.

En conjunto estas categorías temáticas generan una dimensión que se denominó imaginario vocacional médico (Figura 2)

Figura 2. Configuración del imaginario vocacional del médico: dimensiones simbólicas y motivacionales



Fuente: elaboración propia

Operativización de las categorías temáticas del imaginario vocacional médico

A. Imaginario vocacional médico

El imaginario vocacional médico quedará definido para el propósito de este estudio como el conjunto de ideas, creencias, emociones y símbolos que una persona construye antes de ingresar a la carrera de medicina acerca de lo que significa "ser médico", y se construyó a partir del análisis de los testimonios, los cuales fueron agrupados en tres categorías temáticas: los atributos asociados a la figura del médico, la idealización del rol profesional y los factores motivacionales que influyeron en la elección de la carrera médica.

A. 1. Atributos asociados a la figura del médico.

La figura del médico es descrita consistentemente con atributos que lo elevan a un estatus casi mítico, surgieron del contenido analizado: el héroe, sabio e infalible, el ser respetado y de alta magnitud y en la vocación de ayuda y en la fuerza de su presencia.

A. 1. 1. El héroe, sabio e infalible.

Predomina la visión del médico como un solucionador de problemas con capacidades que rozan lo milagroso. Es visto como un "superhéroe real" (E-01) y un "héroe…que todo lo sabía" (E-10) que llega a salvar. Los testimonios reflejan la percepción de que el "doctor" es alguien que prácticamente "sabe de todo, que son las personas más estudiosas y más sabias del mundo" (E-05), poseedor de una "inteligencia superior, casi omnisciente" (E-02) y la capacidad de dictaminar y solucionar cualquier malestar. La imagen se asocia a la idea de que los Médicos eran "infalibles y todos los problemas de salud los solucionaban con medicamentos y tratamientos" (E-09).

A. 1. 2. El ser respetado y de alta magnitud

El médico antes de la carrera es sinónimo de respeto, prestigio y dignidad. Es una palabra "de gran respeto al escucharla, de una altísima magnitud" (E-26) y una persona con "autoridad moral y un prestigio inquebrantable" (E-07). Para varios, la "imagen de Doctor era por encima de todo" (E-16), inspirando admiración y siendo "muy admirada" (E-27) y "muy respetada" (E-25) y [admirados] E-11 en la comunidad.

A. 1. 3. La vocación de ayuda y la fuerza de la presencia

Más allá del conocimiento, la idealización se centra en la acción de servicio y la humanidad. La decisión de ingresar a la carrera estuvo motivada por el "deseo de servir" (E-22) y la atracción por "el contacto con las personas y poder ayudarlas en momentos de vulnerabilidad" (E-27), "Me gustaba ayudar… los médicos eran respetados y admirados."(E-11).

La influencia es a menudo personal, proveniente de la experiencia de ser paciente o de la incapacidad de ayudar a seres queridos:

- La decisión surge del "deseo de ayudar a la gente y el saber más acerca de la salud" (E-32).
- La simple presencia del médico generaba bienestar: para un participante, "al ver al Dr. ya me sentía mejor, sabía que todo iba a estar bien" (E-22).
- Otros fueron influenciados por el trato humano recibido: un médico que "me recibió con agrado, me consultó y me dio mi tratamiento" (E-35) o el deseo de "trataría a los pacientes como los que fueron amables conmigo" (E-30).

CC BY

- Incluso la impotencia influyó, al "no poder hacer nada para aliviarlos" (RGC) o al ver que "no hubo quien lo auxiliara, por lo que falleció desangrado" (E-23).

Tabla 4. Construcción simbólica y motivacional del concepto de médico

Componente	Citas Clave
Pensamiento (Idealización)	Es visto como un "superhéroe real" (E-01), una persona que "sabe de todo, que son las personas más estudiosas y más sabias del mundo" (E-05) y que era "infalible" (E-09). La palabra es de "gran respeto al escucharla, de una "altísima magnitud" (E-26).
Influencia (Motor)	La influencia principal es la "impotencia ante el sufrimiento" (E-16, E-33) o la admiración por el trato humano, decidiendo "trataría a los pacientes como los que fueron amables conmigo" (E-30). La motivación central es el "deseo de servir" (E-22).

Fuente: elaboración propia

B. Idealización del médico

La idealización del médico representa es otro peldaño simbólico en la construcción de la identidad médica, que posteriormente se transforma a la luz de la experiencia, el conocimiento y la práctica real del cuidado.

B. 1. La figura omnisciente y de prestigio inquebrantable

Además de ser un atributo asociado a la figura del médico mencionado anteriormente, también es parte de la idealización que está presente en la imagen del que quiere ser médico, por lo que antes de la carrera, el médico es visto con un respeto casi reverencial, asociado a una inteligencia y sabiduría inalcanzables. La profesión representa una de "gran respeto al escucharla, de una altísima magnitud" (E-26) y su figura es sinónimo de "autoridad moral y un prestigio inquebrantable" (E-07). El doctor está en un escalón superior, un ser que prácticamente "sabe de todo, que son las personas más estudiosas y más sabias del mundo" (E-05).

Esta idealización crea la expectativa de la infalibilidad. El médico es percibido como "alguien muy preparado, que no se equivocaba y que tenía la capacidad de aliviar todos los malestares" (E-34) y que, de hecho, era "infalible y todos los problemas de salud los solucionaban con medicamentos y tratamientos" (E-09). Para algunos, como E-30, esta percepción se transforma en la creencia de que un médico era "alguien que podía curar una enfermedad con todo lo que sabía".

B. 2. El héroe sanador y el símbolo de la esperanza

El impacto emocional del médico en la vida del paciente es probablemente la motivación más poderosa que la admiración intelectual al elegir la carrera. El doctor es visto como una fuerza mística y salvadora, asumiendo el rol de un "superhéroe real" (E-01) o de un "héroe" (E-10) que llega a mitigar el dolor.

El simple contacto con el médico tiene un efecto terapéutico. La presencia del doctor inspira una fe ciega, pues el paciente siente que "simplemente al ver al Dr. ya me sentía mejor, sabía que todo iba a estar bien" (E-22). Esta figura se convierte en el "que resolvía los problemas y las penas de mis familiares" (E-01).

B. 3. La influencia del humanismo y la vocación de servicio

La decisión de ingresar a medicina se cristaliza a menudo por el deseo de replicar el trato humano recibido o, a la inversa, por la impotencia ante la enfermedad, en este sentido se conjuntaron elementos clasificados como: experiencia positiva, deseo de ayudar y el conocimiento científico y un catalizador como es la incapacidad de auxilio:

Incapacidad de Auxilio (Catalizador): La impotencia de no poder actuar funge como un catalizador. La decisión surge de la "necesidad, de ayudar a la gente en sus enfermedades, al ver que la gente que conocía y quería, las padecía, sintiéndome incapaz de ayudarlas" (E-16) o el trauma de presenciar cómo "no hubo quien lo auxiliara, por lo que falleció desangrado" (E-23).

C. Factores motivacionales para la elección de la carrera médica:

Los factores motivacionales para la elección de la carrera médica conceptualizados para la presente investigación son: el conjunto de razones intrínsecas y extrínsecas que influyen en la decisión de una persona de estudiar medicina. Estos factores integran componentes vocacionales, valores personales, vocacionales, habilidades y destrezas, intereses científicos, influencia personal expectativas económicas y de prestigio social entre otros hacia una profesión percibida como de servicio, conocimiento y compromiso ético

C. 1. La inspiración del humanismo y el deseo de servicio

La motivación principal para ingresar a medicina fue el ideal de ayudar a los demás, a menudo nacido de la observación directa del impacto positivo de un médico o de la propia carencia afectiva.

Deseo de Ayudar y Servir: La decisión surgió porque “quería evitar que otros niños sufrieran como yo.” (E-17) y por el "deseo de ayudar a la gente y el saber más acerca de la salud" (E-32). Por otro lado, por el "deseo de servir y regresar a dios todo lo que me ha dado, de ayudar a mis semejantes" (E-22). Para el participante E-25, lo que realmente atrajo fue "el contacto humano y la posibilidad de mitigar el dolor".

CC BY

Admiración por el Humanismo del Médico: Algunos fueron influenciados porque “Me atrajo la admiración de mis familiares hacia el Dr. Gx.” (E-08), también por "el humanismo del doctor que me atendió" (E-15) o al presenciar la "vocación de servicio de un doctor que atendió a mi familia" (E-06) o la visión de "gran calidad humana" (E13) en un familiar doctor, fueron factores decisivos que observaron o experimentaron y corresponde a experiencias positivas (modelo a seguir).

Replicar el Buen Trato: para unos el observar a un médico que "me recibió con agrado, me consultó y me dio mi tratamiento" (E-35). Para otros, la influencia provino de la necesidad de corregir carencias en la atención: "trataría a los pacientes como los que fueron amables conmigo, y no como los otros, porque uno como paciente se siente hasta mejor de ver que el médico es amable" (E-30).

C. 2. La Curiosidad Científica y el Interés por el Funcionamiento Humano

La fascinación por la ciencia y la complejidad del cuerpo humano fue el motor para muchos, quienes veían en la medicina la carrera ideal para satisfacer esa curiosidad intelectual.

Interés por la Biología y la Salud: La principal inquietud fue "el conocer la función del cuerpo humano, saber por qué enfermábamos y sobre todo el saber cómo se podría actuar para controlar o sanar una enfermedad" (E-28).

La Medicina como Única Opción: La carrera se percibió como la única vía para combinar el interés por las ciencias de la salud con el servicio, ya que la "medicina todo lo que ella conlleva llenaba mis expectativas" (E-24).

C. 3. El Factor Personal y las Experiencias Críticas

El factor personal y las experiencias críticas constituyen una dimensión clave en la motivación para elegir la carrera médica, caracterizada por la influencia directa de vivencias intensas y emotivas que actúan como catalizadores decisivos en la vocación. Este factor incluye principalmente tres componentes: la impotencia personal ante la enfermedad, los traumas de indiferencia y la influencia familiar directa.

C. 3. 1 impotencia personal ante la enfermedad

La impotencia personal ante la enfermedad se refiere a la experiencia emocional de vulnerabilidad que surge cuando una persona se enfrenta a la enfermedad propia o de un ser querido sin contar con los medios, el conocimiento o la capacidad para aliviar el sufrimiento.

CC BY

Un evento traumático o la enfermedad de un ser querido generó la necesidad de adquirir conocimientos. Esta necesidad surgió al "no poder hacer nada para aliviarlos" (E-33) o al ver que la gente que quería "las padecía, sintiéndome incapaz de ayudarlas" (E-16).

C.3. 2. Traumas de indiferencia

Los traumas de indiferencia aluden a aquellas experiencias dolorosas en las que se presencia la falta de atención, empatía o respuesta ante el sufrimiento humano, ya sea por negligencia médica, desinterés institucional o ausencia de solidaridad social. Estos eventos dejan una huella moral y emocional profunda, impulsando al individuo a comprometerse con una práctica médica más sensible, ética y humana. La indiferencia observada se transforma así en un motor de cambio y en un llamado a ejercer la medicina con responsabilidad y compasión.

La observación de tragedias evitables impulsó la vocación, como el incidente en el que un paciente "falleció desangrado" porque "no hubo quien lo auxiliara" (E-23).

C. 3.3. Influencia familiar directa

La influencia familiar directa comprende la presencia de modelos cercanos en el ámbito de la salud —padres, madres, abuelos u otros familiares médicos o cuidadores— que inspiran la elección de la carrera médica.

En algunos casos, la influencia provino directamente del hogar, ya fuera por un padre doctor (FJD), una abuela enfermera (E-34, E-04) o una "raíz familiar de inclinación por esta vocación" (E-21).

En otras “la influencia real fue un familiar que me orientó hacia el ámbito de la salud.” (E-18), aunque en ocasiones la presión familiar obligó a un cambio de decisión en la elección de carrera: “Desde niña quería ser maestra… pero mi familia no lo apoyaba.” (E-12). En otras ocasión ni siquiera era su sueño. Era el sueño de los padres que hizo suyo. El imaginario vocacional no empezó en él: empezó en casa viendo a tus papás decir "mi hijo el doctor" y “quise ser el mejor… para que mis papás se sintieran orgullosos.” E-31 y lo introyectó para cumplirles.

En resumen, lo que influyó para ser médico fue una convergencia entre una fascinación por la vida y una aversión al dolor y la impotencia, buscando convertirse en ese "personaje místico" (E-01) capaz de ofrecer "el contacto humano y la posibilidad de mitigar el dolor" (E-25).

CC BY

Tabla 5. Concepciones del médico tras la formación profesional

Componente	Citas clave
Concepto (Realidad)	El médico es una "persona entrenada en el ámbito de la salud, capaz de ayudar a otro en su enfermedad" (E-30), que debe "prevenir, educar y acompañar al paciente" (E-06). El rol se reduce a ser "solamente los instrumentos que luchamos todos los días las 24 hrs del día por la vida" (E-19).
Enfoque Práctico	El rol se enfoca en la "responsabilidad, dedicación, anteponer antes que todo la salud de tu paciente" (E-14). La satisfacción reside en el "haberlo escuchado, el haberlo revisado" (E-20) y en "hacer las cosas con amor" (E-27)

Fuente: elaboración propia

Momento 2. La maduración de la identidad profesional a la titulación. La conceptualización del médico al presentar el examen profesional

El segundo momento corresponde al concepto que expresan al concluir su formación profesional:

- Una primera categoría temática identifica al médico con su sentido de responsabilidad integral y su función como gestor de salud
- Una segunda categoría temática corresponde a su humanismo, su empatía y su escucha activa.
- Una tercera categoría temática se relaciona con su compromiso ético, su humildad y su vocación de sacrificio

En conjunto se estructura una dimensión denominada concepto de médico: Dimensiones formativas y ejes de identidad profesional (Figura 3)

CC BY

Figura 3. Estructura conceptual del médico como agente de salud, escucha activa y compromiso ético



Fuente: elaboración propia

Operativización de las categorías temáticas de la conceptualización del médico

El examen profesional no solo evalúa las competencias profesionales adquiridas durante la carrera, sino que actúa como un rito de pasohacia una nueva identidad y las responsabilidades que la acompañan. Este hito culmina un proceso evolutivo en el cuál el médico transita de la visión idealizada del "saber curar" a una práctica reflexiva, humana y comprometida con el bienestar integral de las personas y sus comunidades.

1. El Médico como responsabilidad integral y gestor de Salud

La visión se expande más allá de la simple curación de la enfermedad, incorporando la prevención y la atención al paciente como un ser humano completo. El médico ya no es solo un técnico que diagnostica, sino un profesional con un compromiso de vida:

El concepto se convierte en una "persona entrenada en el ámbito de la salud, capaz de ayudar a otro en su enfermedad, y poder solucionar el problema" (E-30), reconociendo que el rol es más que solo curar, sino "prevenirla y promover la salud" (E-32).

La función principal se redefine como "solucionar los problemas de la población además de hacer labor curativa, fomentar la medicina preventiva y salud pública" (E-22).

Se comprende que la profesión demanda una gran "responsabilidad, dedicación, anteponer antes que toda la salud de tu paciente" un compromiso que es una "ofrenda misma de nuestra vida por la vida de los demás" (E-14).

2. El Principio de Humanismo, Empatía y Escucha Activa

Una vez en contacto directo con la realidad clínica, la conceptualización del médico se centra en la calidad humana del trato, desvinculándose de la frialdad técnica. La empatía y el afecto se vuelven componentes esenciales de la práctica:

La medicina es "saber escuchar, ser empático, humanitario y hacer las cosas con amor" (E-27)).

Se aprende a "no verlos como eso sino como amigos, interesarse por sus problemas y junto con el tratar de resolverlos" (E-23), evidenciando un cambio de perspectiva del "caso" al "individuo".

Este humanismo se convierte en un principio rector: ser optimista para "ayudar a quien lo necesita, con el gusto con el que a ti mismo te gustaría te trataran" (E-03). El concepto ha evolucionado de solo curar a "prevenir, educar y acompañar al paciente" (E-06), con ética, tencidad y disciplina (E-08).

3. Compromiso Ético, Humildad y Vocación de Sacrificio

El médico reconoce la inmensidad de la tarea, asumiendo su rol con humildad y entendiendo que son una herramienta al servicio de la vida, lo cual implica un esfuerzo constante.

El médico se ve a sí mismo como un "ser humano con grandes responsabilidades y un compromiso ético ineludible" (E-02), entendiendo que el "papel del médico es vital en la sociedad" siempre y cuando se tenga "ética, tenacidad y disciplina" (E-20).

El rol es de instrumento y no de deidad: "Nosotros, médicos somos solamente los instrumentos que luchamos todos los días las 24 hrs del día por la vida de un paciente" (E-19).

La formación se concibe como perpetua: la adquisición de conocimientos se da por la “influencia de prácticas clínicas.” (E-12), "con la teoría, pero sobre todo con la práctica...

hasta el final de nuestros días" (E-35) y en un “constante aprendizaje y contacto humano” (E11).

Finalmente, a pesar de las dificultades observadas (incluyendo la crítica social que hace que el médico solo "se vea como una persona capacitada para dar un diagnóstico y un tratamiento al paciente" E-28, en lugar del respeto de antes), el valor del servicio perdura, ya que la "satisfacción del deber cumplido regocija nuestros corazones, pero en medicina esta dicha no tiene igual" (E-01). El resultado final es la certeza de que "ha valido la pena todo lo que sacrifiqué, todo lo que pasé" (E-07) y además “cada día me siento más convencido de que la medicina es lo mío.” (E-13).

Análisis de la Evolución del Concepto de Médico

1. Concepto Antes de la Carrera (Idealización)

El pensamiento inicial está dominado por la figura del médico como un ser superior, casi mítico, que inspira admiración y esperanza

2. Concepto Posterior a la Carrera (Responsabilidad Práctica)

El concepto final es una visión más sobria y realista, centrada en el humanismo práctico, la ética y el aprendizaje continuo.

Análisis de Coincidencias, Diferencias y Contradicciones

1. Coincidencias (La Permanencia de la Vocación)

La principal coincidencia es que la esencia de la profesión se mantiene intacta: el servicio y el deseo de ayudar al prójimo.

- Vocación de Servicio: En ambos periodos, el motor principal es el altruismo, el compromiso por "ayudar a quien lo necesita, con el gusto con el que a ti mismo te gustaría te trataran" (E-03). La razón final para ser médico es "servir, ya que la satisfacción del deber cumplido regocija nuestros corazones" (E-01).
- Valoración del Conocimiento: Si bien la percepción de la sabiduría cambia, el reconocimiento de que la profesión exige una dedicación absoluta al estudio persiste, siendo la formación adquirida con la práctica la que dura "hasta el final de nuestros días" (E-35).

2. Diferencias (De la Omnisciencia a la Humildad)

La diferencia más notable radica en el traslado de la responsabilidad del médico al individuo mismo.

- Alcance de la Acción: Antes, la expectativa era la cura total; después, el enfoque cambia a la gestión integral de la salud. Ya no se trata solo de curar, sino de "prevenirla y promover la salud" (E-32).
- Percepción de la Capacidad: El concepto de médico "infalible" se derrumba. El profesional acepta que solo es un "instrumento" (E-19) y que la labor exige "humildad" (E-36) y "ética, tenacidad y disciplina" (E-20), despidiéndose de la imagen del "superhéroe".
- Base de la Práctica: el “ser médico es hacer una diferencia en la vida de las personas con conocimiento y empatía.” (E-18), la base de la medicina pasa de ser el "saber todo" (E-05) a ser el "saber escuchar", la "empatía" (E-27) y el "contacto humano" (E-25).

3. Contradicciones (La Brecha entre Ideal y Realidad Social)

La contradicción más fuerte se da en el estatus social y el reconocimiento que el médico espera y el que realmente recibe.

- Reconocimiento Social: Si bien el médico ingresó esperando un estatus de gran respeto, el testimonio final señala un descontento: solo se le ve como "una persona capacitada para dar un diagnóstico y un tratamiento al paciente" (E-28), perdiendo el respeto y cariño de épocas anteriores. Algunos, incluso, critican que "algunos médicos no hacen el trabajo adecuado, pues solo se aprovechan de la ignorancia de mucha gente" (E-29).
- Sacrificio vs. Agradecimiento: La idealización no preparó al estudiante para la falta de reciprocidad. Un testimonio relata que, al sacrificar horas de sueño, la gente "no agradece que antes bien crítica y exige más" (E-07), lo que obligó a reajustar el concepto de servicio al incluir el "pensar en mí".

Discusión

La discusión del presente estudio se articula en los dos momentos establecidos, a partir de los cuales, se manifiesta la evolución de la concepción del rol médico: desde la motivación inicial forjada por factores psicosociales hasta la madurez de la identidad profesional al egreso. Esta transición muestra cómo el ideal vocacional se transforma en una responsabilidad ética y social que redefine el sentido de la profesión médica.

La decisión de estudiar medicina es un proceso complejo e intrínsecamente humanista y humanitario, donde se entremezclan dimensiones simbólicas, afectivas y racionales. La idealización del médico, las motivaciones de servicio y las experiencias personales significativas actúan como impulsores emocionales que dan forma a la vocación. De esta manera, la elección de la carrera no solo responde a una aspiración intelectual o técnica, sino a un impulso existencial por aliviar el sufrimiento y encontrar sentido en el encuentro con el otro (Pérez-Ciordia et al., 2022; Mayta-Tristán et al., 2015).

La idealización del médico como figura simbólica

Desde etapas tempranas, el imaginario social y familiar construye una representación del médico como figura sabia, altruista y socialmente admirada. Este modelo simbólico, alimentado por referentes culturales y mediáticos, orienta la elección profesional y configura expectativas en torno al prestigio y la autoridad moral del médico (González et al., 2019**;** Machado-Díaz et al., 2013). La transición entre los estudios empíricos y la reflexión epistemológica resulta abrupta., este imaginario no es solo cultural, sino también hermenéutico: articula significados que revelan los mitos fundacionales, dilemas éticos y aspiraciones que atraviesan la formación médica contemporánea.

Las cualidades identificadas en los testimonios, describen al médico como un ser moral e intelectual superior, destinado al servicio altruista. Montgomery (2006) lo denomina como “heroísmo médico”, que genera tensiones entre la expectativa social y la realidad de la práctica clínica, ya que la incertidumbre y el error son inherentes (Gawande, 2010), que además refuerza esta crítica al señalar la infalibilidad de los médicos ya que la medicina es una práctica humana y no una perfección divina. Esta visión promueve una cultura de humildad profesional y aprendizaje continuo.

Pellegrino y Thomasma (1993) sostienen que el respeto hacia el médico debe sustentarse en su integridad ética más que en su estatus. La esencia del profesionalismo auténtico radica en el reconocimiento de la alteridad y dignidad del paciente, superando el modelo

que lo reduce a un mero objeto de estudio o procedimiento. Esta conceptualización se erige como el núcleo articulador de la práctica humanista. (Morales-Ruiz, 2023).

Vocación, experiencias personales y el despertar empático

La presencia de la enfermedad personal o familiar participan en la determinación de la elección de la carrera médica, concomitante con Martínez-González y López-Ruiz (2023) son impulsos que se transforman en motivaciones éticas para aliviar el sufrimiento y mejorar la atención.

Este estudio identificó dos impulsores emocionales recurrentes: la impotencia personal ante la enfermedad, que genera el deseo de controlar lo incontrolable a través del conocimiento médico (Haidet y Stein, 2006), y los traumas de indiferencia, surgidos de haber presenciado negligencia o desatención sanitaria (Branch, 2015). Los impulsos deben ser adecuadamente canalizados mediante procesos reflexivos en su trayectoria académica que favorezcan la empatía, de otra manera el sufrimiento personal puede ser una sobrecarga emocional, o bien contribuir al paternalismo (Cassell, 2004; Morales-Ruiz, 2023).

Contar con un referente familiar médico cercano facilita la internalización de valores como el servicio, la disciplina y la dedicación al bienestar (Pérez-Ciordia et al., 2022). Otra dimensión que participa en la motivación es el interés por el conocimiento biológico y la curiosidad científica. Nuland (1994) describe cómo la fascinación por el cuerpo humano y la vida alimenta una búsqueda intelectual legítima, que solo logra la realización cuando se complementa con sensibilidad social y comprensión ética (González et al., 2019). Esta doble atracción —científica y humanista— retoma el principio flexneriano de una medicina científicamente sólida y moralmente comprometida (Flexner, 1910; Morales-Ruiz, 2023).

De la idealización al compromiso profesional

En el tránsito hacia el egreso, el futuro médico reinterpreta su identidad. La figura heroica inicial se diluye frente a la complejidad de la práctica clínica y el contacto directo con el dolor humano. El médico egresado se concibe no solo como quien “cura”, sino como un agente de salud integral comprometido con la dignidad, la prevención y el bienestar colectivo (Farmer, 2013; Salazar-Blanco y Gómez-Gómez, 2023). Asimismo, asumir la medicina como una forma de justicia social más que como un proceso técnico.

CC BY

Charon (2006) refuerza esta visión humanizada al situar la escucha activa y la comprensión de la historia del paciente en el centro del acto clínico. Del mismo modo, Morales-Ruiz (2023) subraya que la empatía y la presencia ética constituyen pilares del profesionalismo, pues solo quien sabe escuchar y acompañar puede realmente cuidar.

Las vivencias durante el internado y el servicio social consolidan la formación en la práctica diaria, en donde se refuerza que el conocimiento no basta, que es necesario integrar valores, autocrítica y compromiso con la mejora continua. Además, reconocer los límites propios no es debilidad, sino parte esencial del profesionalismo (Gawande, 2010). Martínez-González et al. (2023) complementan esta idea al señalar que el médico es, ante todo, un aprendiz permanente, un "instrumento al servicio de la vida" guiado por una ética solidaria.

Reconceptualización del ser médico

La evolución de la conceptualización del médico, evidenciada en los testimonios, muestra una transición de la idealización hacia la responsabilidad práctica. Antes de la carrera, predomina un imaginario de perfección y omnisciencia; después, emerge una comprensión madura, consciente de la vulnerabilidad propia y ajena. La medicina deja de ser solo una abnegación total y se convierte en una práctica ética, reflexiva y socialmente comprometida.

La identidad del médico no se construye únicamente en el aula, sino en el encuentro con el sufrimiento humano y en la constante reflexión permanente sobre el sentido de la praxis: Este proceso conduce al estudiante a concebirse como un agente ético y social, trascendiendo el rol de un técnico especializado (Perales et al. 2013; Pérez-Ciordia et al., 2022). Bajo esta perspectiva, articular dicha transición conceptual constituye uno de los desafíos más complejos de la educación médica contemporánea.

Finalmente, la carrera de medicina actúa como un proceso de maduración vocacional. Se abandona la visión del "superhéroe" en favor del profesional ético que encuentra su mayor satisfacción en la responsabilidad de hacer una diferencia real, aceptando que la recompensa no siempre será el prestigio social, sino la sonrisa del paciente y la convicción de que "realmente ha valido la pena todo lo que sacrifiqué" (E-07).

CC BY

Conclusiones

La evolución del concepto de médico a lo largo de la formación académica es un proceso de transformación identitaria profundamente humano. Aquello que fue una vocación inspirada por ideales, símbolos y experiencias personales, se convierte –mediante el contacto con la realidad clínica, el sufrimiento y la responsabilidad– en una manera de iniciar a "ser médico".

Los testimonios analizados evidencian que ser médico no es únicamente la elección de una profesión, sino una respuesta humanista ante el dolor ajeno, una búsqueda de sentido en el cuidado del otro y una afirmación de compromiso con la vida. de este modo la medicina deja de ser una promesa de prestigio para convertirse en una práctica social de escucha, empatía y compromiso.

El análisis de esta transformación de la identidad profesional aporta un valor sustantivo a la investigación pedagógica en salud, al tiempo que fundamenta la integración del enfoque humanista como directriz transversal de los programas educativos. Bajo esta premisa, la educación médica no se restringe a la habilitación técnica y diagnóstica, sino que se define como el andamiaje formativo de seres humanos habilitados para dispensar cuidados basados en la evidencia científica, la empatía y un profundo compromiso deontológico.

¿Por qué y para qué se elige ser médico?

La elección de ser médico surge de una combinación de influencias simbólicas, emocionales y experienciales. Por un lado, se elige ser médico por la admiración hacia una figura idealizada –sabia, altruista y socialmente respetada– que inspira desde la infancia, también por el deseo consciente de ayudar, aprender servir, y por vivencias personales significativas que fortalecen el deseo de cuidar y aliviar el sufrimiento.

Se elige ser médico con el propósito de servir a los demás con sensibilidad, responsabilidad y compromiso ético. Ser médico implica acompañar, escuchar y actuar con humanidad, reconociendo que el ejercicio de la medicina trasciende la aplicación del rigor científico para configurarse como un estilo de vida articulado en torno a la preservación y el cuidado de la salud.

CC BY

Concepto de médico al titularse

Al titularse, el estudiante deja atrás la imagen idealizada de "médico omnisciente" y asume una identidad profesional profundamente humana.

El médico es un líder del sistema sanitario, comprometido con el bienestar individual y colectivo, capaz de prevenir, educar y acompañar más allá del diagnóstico y el tratamiento.

Su práctica se fundamenta en el humanismo, donde la empatía, la escucha activa y el respeto son tan esenciales como el conocimiento científico y técnico. Cada paciente es visto como una persona integral, con historia, emociones, contexto y una cultura propia.

Finalmente, el médico recién titulado encarna un compromiso ético, una actitud de humildad y una vocación de servicio que lo guían en su ejercicio cotidiano. Ser médico, en esta etapa, es cuidar con sensibilidad, actuar con responsabilidad y servir con propósito.

Consideración final

Convertirse en médico no culmina con la obtención del título profesional. Por el contrario, a partir de ese momento inicia una etapa de desarrollo en la que el profesional deberá enfrentar nuevas incertidumbres, éxitos y fracasos, exigencias emocionales, presiones institucionales, dilemas éticos, relaciones interprofesionales complejas, desafíos para el equilibrio entre la vida personal y laboral, así como la necesidad permanente de actualización y aprendizaje. Cada una de estas experiencias continuará modelando su identidad profesional, que seguirá evolucionando a lo largo de los años hasta alcanzar mayores niveles de competencia, autonomía, juicio clínico y madurez humana.

En este contexto, el aporte central del presente estudio no radica en demostrar que la percepción del médico cambia durante la formación, sino en comprender cómo las experiencias educativas y clínicas transforman una imagen inicialmente idealizada de la profesión en una identidad profesional más compleja, reflexiva, ética y contextualizada. De esta manera, el estudio aporta evidencia cualitativa sobre los procesos de construcción de la identidad médica en estudiantes mexicanos y ofrece elementos de interés para fortalecer el profesionalismo y la formación integral en la educación médica.

CC BY

Futuras líneas de investigación

1. Construcción de la identidad profesional médica: Evaluar longitudinalmente la transición cognitiva del estudiante desde una visión idealizada del rol médico hacia la internalización de su identidad profesional real.
2. Influencia del currículo oculto y del entorno institucional: Identificar los comportamientos, jerarquías y culturas hospitalarias informales que contradicen el perfil de egreso humanista del currículo formal.
3. Formación del humanismo y la empatía en el médico en formación: Medir el impacto de las asignaturas bioéticas y los talleres de simulación para mitigar el desgaste de la empatía en los ciclos clínicos.
4. Factores psicosociales y emocionales en la evolución vocacional: Analizar la relación entre el síndrome de burnout, la salud mental y la preservación de la vocación durante las etapas de mayor exigencia académica.
5. Evaluación del impacto del servicio social y el internado: Auditar la calidad formativa y el nivel de supervisión docente en las sedes durante la transición definitiva a la práctica asistencial autónoma.

CC BY

Referencias

Bardin, L. (2020). *El análisis de contenido* (3.ª ed.). Ediciones Akal.

Branch, W. T. (2015). *Supporting the moral and professional development of medical students*. JAMA, 314(20), 2129–2130. https://doi.org/10.1001/jama.2015.12260

Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2nd ed.). Oxford University Press.

Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford University Press.

Collière, M. F. (2009). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2014). *Reframing medical education to support professional identity formation*. Academic Medicine, *89*(11), 1446-1451. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000427

Echevarría, H. D. (2011). *Diseño de investigación cualitativa: El análisis de contenido temático como herramienta metodológica*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.

Flexner, A. (1910). *Medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Carnegie Foundation.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., Fineberg, H., Garcia, P., Ke, Y., Kelley, P., Kistnasamy, B., Meleis, A., Naylor, D., Pablos-Mendez, A., Reddy, S., ... & Zurayk, H. (2010). *Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet, *376*(9756), 1923-1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

Galeano, M. E. (2004). *Investigación cualitativa en salud: diseños, técnicas y análisis de datos*. Editorial Universidad de Antioquia.

Gawande, A. (2010). *The checklist manifesto: How to get things right*. Metropolitan Books.

González, G., González, J. J., López-Ruiz, M. V., y Martínez-González, A. (2019). *Motivaciones e identidad profesional en la formación médica*. Educación Médica, *20*(4), 245–254.

González-Amarante, P., Olivares Olivares, S. L., y Fouquet, A. (2021). *La visión de los estudiantes de medicina sobre su profesión: obstáculos para la transición a la perspectiva centrada en el paciente.* Educación Médica, *22*(2), 73–77. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.09.006

Gutiérrez Maydata, A., Rodríguez Niebla, K. L., López Castellanos, D., Alfonso Arbeláez, L. E., Monteagudo Méndez, C. I., y Hernández, L. E. J. (2020). *Percepción de los estudiantes de la carrera de Medicina sobre su formación profesional.* EDUMECENTRO, 12(3), 182-198. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742020000300182

Haidet, P., y Stein, H. F. (2006). *The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians.* Journal of General Internal Medicine, *21*(S1), S16–S20. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00304.x

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

Hong, C. H., & Chu, T. S. (2026). *Impact of liminality and rituals on professional identity formation in physician training.* Medical Education, *60*(4), 345-356. https://doi.org/10.1111/medu.15289

Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development* [El yo en evolución: Problema y proceso en el desarrollo humano]. Harvard University Press.

Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* [Análisis de contenido: Una introducción a su metodología] (4.ª ed.). SAGE Publications.

Lifshitz, A. (2012). *La enseñanza de la clínica en la era tecnológica.* Medicina Interna de México, *28*(4), 309-311.

Machado-Díaz, B., Llerena-González, M., Mesa-Coello, L., Quintero-Agramante, M., y Miñoso-Galindo, I. (2013). *La orientación vocacional: factor determinante en la decisión de estudiar Medicina.* EDUMECENTRO, *5*(2), 183–

196. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742013000200010

Martínez Miguélez, M. (2005). *Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica*. Revista de Educación y Desarrollo, *(2)*, 39–48. https://www.redalyc.org/pdf/1710/171018074008.pdf

Martínez-González, A., y López-Ruiz, M. V. (2023). *Identidad médica y profesionalismo: Perspectivas éticas contemporáneas.* Anales de la Facultad de Medicina, *84*(1), 15–25.

Martínez-González, A., López-Ruiz, M. V., y Morales-Ruiz, J. (2023). *La tutoría médica como espacio de formación ética y humanista*. Revista Mexicana de Educación Médica, *10*(2), 55–68.

Mayta-Tristán, P., Mezones-Holguín, E., Carbajal-González, D., Pereyra-Elías, R., Montenegro-Idrogo, J. J., Mejía, C. R., & Red-LIRHUS. (2015). *Validación de una escala para medir las motivaciones para estudiar medicina (MEM-12) en estudiantes latinoamericanos*. Archivos de Medicina, *11*(3), e7.

Montgomery, K. (2006). *Cómo piensan los médicos*. Ariel.

Morales-Ruiz, J. (2023). *El profesionalismo médico y la centralidad de la empatía en la práctica clínica.* Gaceta Médica de México, *159*(2), 101–109.

Nuland, S. B. (1994). *How we die: Reflections on life's final chapter*. Alfred A. Knopf.

Pellegrino, E. D. (2002). *The internal morality of clinical medicine: A paradigm for the ethics of the helping professions*. The Journal of Medicine and Philosophy, *26*(6), 559-579. https://doi.org/10.1076/jmep.26.6.559.3000

Pellegrino, E. D., & Thomasma, D. C. (1993). *The virtues in medical practice* [Las virtudes en la práctica médica]. Oxford University Press.

Perales, A., Mendoza, A., y Sánchez, E. (2013). Vocación médica en médicos de prestigiada conducta profesional. *Anales de la Facultad de Medicina*, *74*(4), 291–300.

Pérez-Ciordia, I., Pérez-Fernández, I., Aldaz Herce, P., Ibañez Beroiz, B., Flores Meléndez, M., Góngora Cortés, J. J., López Cabrera, M. V., y Eraña Rojas, I. E. (2022). *Las razones que motivan a estudiar medicina o enfermería y grado de satisfacción con la profesión.* Educación Médica, *23*(3), 100743. https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.01.002

Piñuel Raigada, J. L. (2002). *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. Estudios de* Sociolingüística, *3*(1), 1-42. https://doi.org/10.15304/eds.3.1.845

Rebolledo Carreño, A. (2022). *¿Qué son las categorías de análisis cualitativo?* Metodológica. https://metodologica.cl/que-son-las-categorias-de-analisis-cualitativo

Salazar-Blanco, M. A., y Gómez-Gómez, M. P. (2023). *El médico como agente social: profesionalismo y formación ética.* Revista Colombiana de Bioética, *18*(1), 45–59.

Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., y Jinks, C. (2018). *Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization*. Quality & Quantity, 52(4), 1893–1907. https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8

Saldaña, J. (2021). *The coding manual for qualitative researchers* (4th ed.). SAGE Publications.

Segalen, M. (2005). *Ritos y rituales contemporáneos*. Alianza Editorial. *(Nota: Corresponde a la referencia de Bourdieu, 1998, citado en texto).*

Stewart, L. (2023). *Unidad de análisis en investigación: Definición, consejos y ejemplos*. ATLAS.ti Research Hub. https://atlasti.com/es/research-hub/unidad-de-analisis-en-investigacion