



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTLA
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES**

**“CUIDARME PARA CUIDAR: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO
EN MÉDICOS DE CENTROS DE SALUD RURALES.
EL CASO DE CES CHIAPAS”**

T E S I S
para optar por el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES

**PRESENTA
MTRA. SILVANA DE REGIL HERRERA**

DIRECTORA DE TESIS
Dra. Luz María González Robledo

COMITÉ TUTORIAL
Dra. Dubravka Mindek Jagi
Dra. Dení Stincer Gómez

COMITÉ REVISOR
Dra. Xochitl Yolanda Castañeda Bernal
Dr. Emmanuel Poblete Trujillo
Dra. María Cecilia González Robledo
Dra. Karen Ramírez González

Cuautla, Morelos a 20 de Marzo del 2024

Dedicatoria

A los médicos que se atreven a desafiar y humanizan los cuidados...

A mi familia, a mi padre y abuelo que cuidándolos y me hicieron aprender a cuidar de mi...

A Amaya que fue motor para iniciar el doctorado y que siempre es fuente de luz
para atreverme a soñar con mil proyectos más...

A Julián que es con sus dulces caricias es fortaleza y fuente de inspiración
para sostenerme y cumplir lo propuesto pese a la adversidad...

Agradecimientos

A Compañeros en Salud A.C. y todo el equipo de trabajo que me abrió un espacio en su agenda y corazón para compartirme su pasión y vocación por el servicio. Cada interacción dejó mucho más que una investigación, han dejado esperanza y motivación para seguir construyendo otras formas de cuidar nuestro mundo y sociedad. Espero estas páginas logren reflejar aunque sea un poco de lo mucho que transforman en su día a día.

A mi tutora, la Dra. Luz María por cuidarme y enseñarme a enseñar desde la cercanía, conexión y entrega. A mis docentes y comité tutorial que me guió y acompañó durante este recorrido.

A la Dra. Dení que confía en mí una y otra vez motivándome a superar mis propias expectativas.

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt) por la beca que me permitió dedicarme de tiempo completo al posgrado.

Agradezco a la vida que nunca deja de sorprenderme, desafiarme y al vez regalarme bendiciones que me permiten llegar lejos.

Contenido

Resumen	1
Introducción.....	3
1. Planteamiento del Problema	5
1.1 Objetivos	8
2. Cuidado, Cuidado de la Salud y Autocuidado (Estado del Arte)	9
2.1 El Cuidado de la Salud.....	9
2.2 El Autocuidado en Profesionales de la Salud	10
2.3 Cuidado de sí en el Personal de Salud	14
2.4 El médico que cuida de otros	20
3. El concepto y las características del cuidado (debate teórico conceptual)	26
3.1 El cuidado	26
3.2. El concepto de autocuidado	40
3.3 Las Representaciones Sociales.....	47
4. Compañeros En Salud y las comunidades de Chiapas (Marco contextual)	50
4.1 El Estado de Chiapas, la Sierra Madre y la Zona de Trabajo	50
4.2 El Sistema de Salud en Chiapas	52
4.3 Compañeros En Salud (CES).....	53
4.4 Las Comunidades que atiende CES	59
4.5 Los pasantes de servicio social en medicina y CES.....	61
5. Diseño Metodológico.....	69
5.1 Diseño de la Investigación	69
5.2 Población y Muestra	71
5.3 Ubicación espacial y temporalidad del estudio	73
5.4 Técnicas y herramientas de recolección de información	73
5.5 Procedimiento llevado a cabo para el trabajo de campo	76
5.6 Procesamiento de la información y análisis.....	80

5.7 Aspectos éticos.....	82
6. Resultados	84
6.1 Perfil de los Informantes	84
6.2 Percepciones, Conocimientos y Significado del Cuidado	87
6.3 El autocuidado.....	112
6.4 Cuidarme para cuidar	156
7.Discusión.....	162
7.1 Representación social del cuidado	162
7.2 Representación social del autocuidado	172
7.3 Representación social de cuidar de mí para cuidar de otros	189
8. Conclusiones.....	194
Referencias bibliográficas	196
Anexos	210
Anexo 1. Documentos de aprobación del Proyecto	210
Anexo 2. Guía de Entrevista Semi-estructurada	215
Anexo 3. Consentimiento informado	219
Anexo 4. Diario de Campo	220

Resumen

El cuidado es un elemento indispensable para sostener la vida. El personal sanitario es el principal encargado del cuidado en el ámbito de la salud y hay una exigente demanda sobre ellas y ellos que genera desgaste en su salud física y mental, particularmente en el gremio médico. Esta situación desemboca en una crisis de cuidados que tiene preocupantes consecuencias en la calidad de los cuidados médicos que reciben los pacientes y en la calidad de vida que tienen los profesionales de la salud. Existen muchos estudios que analizan el tema de cuidado desde el sistema de salud, el sistema educativo, la perspectiva de los pacientes o de los profesionales de enfermería; sin embargo, existen muy pocos estudios que exploren y analicen el tema del cuidado y autocuidado desde la perspectiva del personal médico. El presente trabajo, muestra los resultados de un estudio cualitativo que se llevó a cabo la región de la Frailesca, Chiapas cuyo objetivo fue explorar y explicar la percepción, creencias, valores y experiencias que tiene el personal médico sobre el cuidado de sus pacientes y el cuidado de sí. Se realizaron 18 entrevistas semi-estructuradas online a personal médico que laboraba durante el 2021 en centros de salud rurales de Chiapas a cargo de la organización Compañeros En Salud (CES). Con la información obtenida, se identificaron las representaciones sociales del cuidado y autocuidado en el personal médico enfatizando las tres dimensiones del cuidado: material, emocional y moral. Dentro de los principales hallazgos los médicos 1) tienen una conceptualización del cuidado cercana a la perspectiva humanista; 2) definen el autocuidado como el conjunto de actividades que les permiten sostener su vida; 3) identifican que es indispensable cuidar de sí mismos para poder cuidar de sus pacientes; 4) recalcan que dentro de su formación y práctica previa a CES existen pocas reflexiones y ambientes que favorezcan el cuidado y autocuidado. En conclusión, la representación social del cuidado se forja mediante una compleja amalgama de concepciones, significados y acciones multidimensionales destinadas a fomentar el bienestar de aquellos que nos rodean, aunque no se vea ajeno a desafíos. El concepto de autocuidado, por su parte, implica un

compromiso activo con el propio bienestar, constituyendo un prerrequisito indispensable para velar por el bienestar de los demás.

Palabras clave. cuidados, autocuidado, representación social, desgaste por empatía, personal de salud.

Introducción

El estudio de los cuidados (la organización social del cuidado e impacto del cuidado en la vida de las personas y sociedades) ha sido uno de los temas que más impulso ha tomado en la academia y la política desde los años setenta. Visualizar los cuidados como un tema indispensable para sostener la vida y que debe ser atendido desde la salud pública, ha descolocado a las familias y, principalmente a las mujeres, como máximas responsables de este tema (Martín, 2008). Gracias a las aportaciones que las ciencias sociales han hecho desde mediados del Siglo XX, cada vez se visibiliza más la importancia del reconocimiento de los cuidados como un derecho y una responsabilidad multidimensional que diversos actores sociales deben atender (Aguirre *et.al.*, 2014; Batthyány *et.al.*, 2013; Covas *et.al.*, 2009; Lagarde, 2004).

Las organizaciones sanitarias han ganado importancia, reconocimiento y relevancia en la formalización del cuidado institucional. En ellas, su personal de ayuda (medicina, enfermería, odontología técnicos, terapeutas, radiología, paramédicos, entre otros.) deben engranar de manera armónica sus atenciones para garantizar los cuidados de la salud y conformar el sistema de salud nacional (Zabicky, 2020).

El documento presenta los resultados de un proyecto de investigación cuyo objetivo es conocer y analizar las representaciones sociales del cuidado y autocuidado en médicos que trabajan con Compañeros en Salud A.C. en la región de la Frailesca de Chiapas, México durante el 2021. A través de este objetivo, se ha logrado comprender la construcción del concepto, el significado y las experiencias de los profesionales de la salud, particularmente de los médicos, al cuidar de otros y de ellos mismos durante el ejercicio de la práctica médica.

El documento está estructurado por capítulos que se describen brevemente a continuación. El primero, presenta el planteamiento del problema, las preguntas que guiaron la investigación y los objetivos del estudio. El siguiente, resume los principales hallazgos de la revisión de la literatura donde se destacan elementos y características acerca del cuidado de la salud, el autocuidado en profesionales médicos, así como del personal médico que cuida y cuida de sí a manera de estado del arte. El capítulo tres, presenta los elementos principales del marco teórico/conceptual el cual se centra en las diversas perspectivas conceptuales del cuidado, el cuidado a la salud, el autocuidado, y los principales elementos de las representaciones sociales. El capítulo cuatro describe el contexto del estudio destacando información sociodemográfica, geográfica, económica y cultural de las comunidades chiapanecas donde se desarrolló el estudio. El capítulo cinco, presenta la estrategia metodológica que incluye el tipo de estudio, diseño, técnicas y procedimientos que utilicé para la recolección, procesamiento y análisis de la información. En el capítulo seis, se presentan los principales hallazgos del estudio dando voz a las personas interlocutoras a través de relatos y testimonios en dos partes: una que desarrolla el concepto, significado y experiencias del cuidado y, otra, que muestra las dimensiones y prácticas del autocuidado. En el capítulo siete, se analizan y discuten (a partir de los elementos teóricos) los resultados del estudio en función de los objetivos planeados para dar cuenta de las representaciones del cuidado y del autocuidado en personal médico que trabaja en áreas rurales. En el capítulo ocho se presentan las conclusiones.

En el cierre del documento, se encuentran la bibliografía consultada y los anexos del proyecto (carta de consentimiento informado, instrumento de recolección de información, y la aprobación del proyecto por los comités de investigación y ética de la Facultad de Medicina de la UAEM).

1. Planteamiento del Problema

La sociología médica ha visibilizado que el modelo médico hegemónico (MMH) en el que se forma, se entrena y ejerce el personal médico dentro de las instituciones de salud, produce discursos de poder posicionando a los galenos en roles en los que se les exige curar a los pacientes sin los cuidados humanizados con los que ésta se debería acompañar (Meyeroff, 1980). El MMH, a través de la formación jerárquica, la sobrecarga de trabajo y el autoritarismo de la práctica, produce violencias sistemáticas contra los profesionales de la salud que deshumanizan el trato que tienen con sus pacientes y los lleva a reproducir violencias y vulnerar los derechos de quienes necesitan ayuda (Castro & Erviti, 2015).

Existen numerosos y variados estudios que señalan el desgaste físico y mental del personal de salud, particularmente de los médicos, que son vinculados a una sistemática violación de la dignidad en los servicios de salud (Uhary, 1994; Kassebaum & Cutler, 1998; Jacobson, 2009, citado en Castro, 2014), en razón a: la elevada carga laboral expresada en horas/semana, rotación de turnos, periodos prolongados de estrés y angustia derivados de su ejercicio profesional; poco tiempo libre para el ocio, el descanso y otras actividades (González *et al.*, 2018), escasez de recursos para atender a los pacientes, deficiente infraestructura, poca colaboración entre pares para trabajar en equipo (principalmente en los estudiantes) (Arab *et al.*, 2015), sobredemanda de atención, deterioro salarial (Pinzón-Amado *et al.*, 2013) y mala distribución de los recursos materiales y personales.

Estas condiciones descuidadas en las que se desenvuelven los médicos y el hecho de que tienen que dar una respuesta efectiva e inmediata al problema que aqueja al paciente, a través de establecer “una relación de ayuda caracterizada por la comprensión profunda del sufrimiento ajeno” (González *et al.*, 2018, p.484); conlleva a que el médico pueda desarrollar un síndrome

llamado “ fatiga por compasión” o “desgaste profesional por empatía¹ que genera múltiples síntomas que se presentan de diversas maneras, intensidad y duración. Esta condición, modifica en el personal médico su relación consigo mismo, con sus pares, con su familia, su entorno y sus pacientes. La medicina ha sido reconocida como la profesión con mayor índice de ideación suicida a nivel nacional e internacional; las personas muestran incapacidad para conciliar la presión laboral con las dificultades personales (Rimpelä *et al.*, 1987; Kapoulitsas & Corcoran, 2015; Martínez, 2019; Mingote *et al.*, 2013; Anderson, 2018).

Para salvaguardar esta situación, se han abierto una variedad importante de debates en el ámbito educativo, político, sociológico y psicológico sobre cómo contener y contrarrestar estos descuidos, tanto hacia los médicos, como hacia los pacientes. Pese a las naturales diferencias que las distintas perspectivas defienden, un punto de común acuerdo en todas las áreas, ha sido el autocuidado como una de las estrategias y necesidades más imperantes para el personal médico (Hernández, 2017; Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003) ya que el déficit de autocuidado hace que los profesionales de la salud sean total o parcialmente incapaces de cubrir los requisitos que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo (Orem,1991).

El Dr. Zabicky (2020), en el marco en las contingencias que se han despertado por pandemias y crisis internacionales en los últimos años, asegura que ante los grandes desastres de la humanidad, el personal médico y de salud es la primera línea de batalla y que es obligación de los estados y de la ciudadanía procurar su cuidado. Recalca que es necesario un sentido de compañerismo continuo e inmediato para conocer, acompañar y generar estrategias para el

¹ El desgaste profesional por empatía (DPE) es un tipo especial de Burnout (González, 2017). También se le llama fatiga por compasión y puede definirse como estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y relacional, resultado de la exposición inmediata o prolongada al estrés por compasión y como el resultado final del proceso progresivo y acumulativo consecuencia del contacto prolongado, continuado e intenso con clientes o pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés (Campos-Vidal *et al.*, 2017)

cuidado y autocuidado del personal médico, pues esto repercutirá significativamente en el bienestar de la sociedad.

Ante este desafío, el campo médico se ha apropiado del problema con el discurso médico hegemónico que basa sus acciones en la gestión de recursos y calidad de la atención (Castro-Vázquez, 2004 citado en Castro, 2014). Sin embargo, Castro (2014) asegura que adoptar esa perspectiva sería ingenuo y que es necesario el estudio sociológico en el que puedan conocerse los esquemas de percepción y apreciación dominantes en el campo médico, adoptando puntos de vista críticos que nos permita desencantar ese mundo y cuestionarlo radicalmente.

En cuanto a los avances de la ciencia sobre el tema, la mayoría de los estudios del cuidado desde la perspectiva de la salud, se siguen centrando en la enfermería pese a la importancia del cuidado humanizado de los médicos para la cura (Curiel-García *et al.*, 2006). Por otro lado, las investigaciones sobre autocuidado en personal de salud señalan prioritariamente los aspectos físicos de éste sin profundizar en los aspectos multidimensionales, los procesos de socialización, representaciones y estructuras sociales que los acompañan (Muñoz, 2009).

Con el fin de estudiar y comprender mejor las problemáticas relacionadas con el cuidado y autocuidado del personal médico, nos acercamos a un grupo de médicos que laboran en el área de la Frailesca de Chiapas a través de la organización de la sociedad civil Compañeros En Salud (CES) para conocer:

¿Cuáles son las representaciones sociales (conocimientos, significados, experiencias) del cuidado y autocuidado en el personal médico que trabaja con Compañeros en Salud A.C en la región de la Fraailesca de Chiapas, México en 2021?

De esta pregunta se derivan las siguientes:

1. ¿Cuál es la percepción, creencias, significados y valores que tiene el personal médico de CES sobre el cuidado y autocuidado?
2. ¿Cómo vive y practica el cuidado de sí el personal médico de CES?
3. ¿Cuáles son los valores, la percepción, conocimientos y experiencias que tienen los médicos de CES sobre el cuidado de otros (sus pacientes) dentro de su labor profesional?
4. ¿Qué relación encuentran los médicos de CES entre el cuidar de sí mismos y el cuidar de otros?

1.1 Objetivos

Objetivo General

Conocer y analizar las representaciones sociales (conocimientos, significados, experiencias) del cuidado y autocuidado en personal médico que trabaja con Compañeros En Salud en la región de la Frailesca de Chiapas, México durante 2021.

Objetivos Específicos

1. Explorar y explicar la percepción, creencias, significados y valores que tiene el personal médico de CES sobre el autocuidado
2. Caracterizar las vivencias y acciones de autocuidado que practica el personal médico de CES.
3. Explorar y explicar los valores, la percepción, conocimientos y experiencias que tienen sobre el cuidado de otros (sus pacientes) dentro de su labor profesional los médicos de CES.
4. Identificar la relación que encuentran los médicos de CES entre el cuidar de sí mismos y el cuidar de otros.

2. Cuidado, Cuidado de la Salud y Autocuidado (Estado del Arte)

El presente capítulo presenta un recuento de los principales estudios respecto a nuestro objeto de estudio. En el primer apartado se realiza un recorrido sobre la distribución social del cuidado de la salud a lo largo de la historia. En el siguiente, se desglosa un recuento de investigaciones realizadas sobre cómo se manifiesta el autocuidado en los profesionales de la salud. Posteriormente se describen investigaciones que dan cuenta sobre las condiciones en las que se desenvuelve el cuidado de sí del personal de salud. Finalmente, en el apartado “el médico que cuida de otros”, se detallan las diferentes perspectivas que se han investigado sobre el médico y su labor de cuidados.

2.1 El Cuidado de la Salud

En el informe elaborado por el Observatorio de Salud de las Mujeres del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (Covas *et al.*, 2009) se señala que el tema del cuidado ha sido escalado en la agenda internacional tiempo atrás. Su reconocimiento y la necesidad de hacerlo visible han ido acompañados de un cambio conceptual, por el que ya no se entiende como una obligación exclusiva de la mujer en áreas familiares o informales, sino que se le considera una responsabilidad a compartir entre toda la familia, el Estado, el mercado laboral y la sociedad. “Subyace a esta jerarquización, la necesidad de afrontar la llamada crisis de los cuidados” (Covas *et al.*, 2009, p.11) en la que se cuestiona quién y cómo se hará cargo de los cuidados. Aguirre *et al.* (2014) resaltan que es indispensable regular la situación de dependencia e interacción que se desprende entre la persona cuidada, el cuidador y la sociedad pues los cuidados son interacciones cara a cara entre dos personas que generan lazos de proximidad con dependencia, ya que una de las personas es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento.

Al respecto, la sociología ha estudiado a profundidad los cuidados y los considera como un trabajo, como un acto que, al igual que otros, requiere ser aprendido, perfeccionado y promovido por la

sociedad en la que el sujeto se desenvuelve. En el tema de la salud, el cuidado históricamente ha recaído en la familia y el personal de salud (Aguirre *et al.*, 2014).

Urteaga (2008) señala que la sociología de las profesiones está en crisis como consecuencia del abismo creciente que separa la realidad profesional de su representación intelectual y que, por ello, es obligación de la sociología que las teorías, los conceptos y los métodos propuestos sean apropiados para comprender las profesiones en su complejidad; para ello ha retomado el concepto de autocuidado² para visibilizar la necesidad de ser cuidado y cuidar de sí para poder cuidar de los otros. Este tema se ha ido posicionando de tal manera en México, que incluso la sociología de las profesiones ha planteado el cuidado de sí (autocuidado) como una actividad indispensable para el ejercicio de cualquier profesión, para prevenir el desgaste y para garantizar la salud del profesionista y el bienestar del usuario (Oltra, 2003).

2.2 El Autocuidado en Profesionales de la Salud

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud de 1986, en Ottawa Canadá (Organización Mundial de la Salud, 1986), donde se dijo que la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida. De esta manera, se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud. Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación

² "La práctica del autocuidado consiste en actividades que la persona realiza en su beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar. Es una necesidad de todas las personas, que, si no es satisfecha, puede traer desequilibrios, enfermedad y hasta la muerte" (Rodrigues *et al.*, 2001, p.7).

e información y el autocuidado, mediados por la comunicación (Organización Mundial de la Salud, 1986).

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. El término “estilo de vida”, se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud (Valencia, 2016). A estas habilidades y otras actividades que la persona realiza en su beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar se les llama autocuidado y es una necesidad de todas las personas, que, si no es satisfecha, puede traer desequilibrios, enfermedad y hasta la muerte (Rodríguez *et al.*, 2001, p.7).

El autocuidado se ha analizado desde diferentes disciplinas y, en la salud específicamente, ha sido estudiado al menos desde dos dimensiones: la del paciente o usuario y la del profesional o personal de la salud. Para efectos del presente trabajo, nos centraremos en el autocuidado del prestador de servicios de salud como elemento fundamental para cuidar de los pacientes.

Mckinlay, (1998 citado en Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003) señala que es indispensable conocer la situación que viven los profesionistas de la salud en cuanto al autocuidado de su salud y que esto se puede explicar a partir del ámbito de trabajo, formación educativa y su inserción en general en la sociedad, es decir, no interesa analizar las conductas individuales del autocuidado de los profesionistas de la salud, sino pasar de un nivel de riesgos individuales al nivel de sistema social (políticas públicas saludables).

Para conocer la relación entre los profesionales de la salud y su autocuidado, se han desarrollado estudios con instrumentos y enfoques muy variados. Se han desarrollado diversas escalas de

medición de conductas de autocuidado para terapeutas (Guerra *et al.*, 2008); se han medido niveles de falta de autocuidado o, en otros casos, se han estudiado mecanismos para fomentarlos (políticas públicas, planes y programas). Aunque existe un amplio número de estudios, la mayoría de los encontrados en la literatura hablan sobre estrategias para fomentar el autocuidado de la salud en los pacientes o usuarios de servicios de salud promoviendo la prevención, no así, estudios que exploren y analicen el tema del autocuidado desde la perspectiva del personal médico.

Hernández-Tezoquipa *et al.* (2003) mencionan que en México existen diversas investigaciones realizadas por varios autores sobre la adicción al tabaco en los médicos, donde se reportan porcentajes elevados (Gómez & Grimaldi, 1998; Tapia *et al.*, 1997; Sansores, *et al.*, 1999). A partir de estos antecedentes, Hernández-Tezoquipa *et al.* (2003) realizaron un estudio descriptivo transversal con el objetivo de conocer el nivel de autocuidado de dos sectores de la población: profesionistas de la salud y académicos del ámbito universitario mediante un cuestionario sobre las esferas física, emocional y vida de relación.

El instrumento se aplicó a 204 profesionistas (66.66% profesionistas de la salud y 33.33% del ámbito universitario) y se encontró que los profesionales de la salud propician más el autocuidado en la salud física que otros profesionistas (medicarse con un profesional ante situaciones de enfermedad); sin embargo, fue relevante el porcentaje de descuidos hacia su salud en otras áreas indispensables para garantizar su calidad de vida como la salud emocional, las atenciones preventivas (como visitas ginecológicas y urológicas, autoexploración de mamas), etc.

La preparación formal que recibe el personal de salud influye de manera decisiva en el tipo de autocuidado que se prodigan, pues bajo el modelo médico en el cual han sido entrenados, así como en el espacio institucional en que laboran, se privilegia las acciones de reparación (curación) y se dejan en segundo término las acciones preventivas pues “las instituciones médicas se

encuentran determinadas por el mercado y su función primordial es la curación más que la prevención” (Menéndez, 1990 citado en Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003, p.31). Los autores dejan claro que la “determinación productiva no sólo genera enfermedad, sino que imposibilita determinadas estrategias preventivas” (Menéndez, 1990 citado en Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003, p.110).

En el análisis general de todas las esferas evaluadas dentro de la investigación mencionada, se concluye que los profesionistas de la salud incurren en un mayor porcentaje en prácticas nocivas o al menos no anticipatorias para la salud, en comparación con otros profesionistas universitarios y, puntualizan que los obstáculos para el autocuidado de médicos y enfermeras puede ubicarse en las condiciones laborales como son: rotación de turnos, jornadas de trabajo prolongadas, no disposición del tiempo propio, periodos prolongados de angustia (en sitios como el quirófano, terapia intensiva, urgencias), poco tiempo libre para tener una rutina sana para el cuidado de su salud e inexistencia o escasos programas de salud ocupacional que apoyen la promoción de la salud de los trabajadores (Ortiz, 1997; Bronfman *et al.*, 1997 citado en Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003). Por lo anterior, en conjunto con la serie de vivencias y sentimientos que provocan angustia y ansiedad en médicos y enfermeras dificultan el autocuidado en este tipo de profesionistas.

En cuanto al autocuidado en médicos y su relación con el género, Bamonde *et al.* (2003) realizaron un estudio comparativo entre personal médico, hombres y mujeres mayores de 40 años y sus prácticas de autocuidado. Al respecto concluyeron que el autocuidado para la salud fue mejor atendido (calificado como suficiente, pero no óptimo) por el sexo femenino, pues prestan mayor atención a la alimentación y muestran mayor interés por su salud; los resultados siguen siendo semejantes y negativos para ambos sexos cuando se identifican las principales enfermedades reportadas en el personal médico, pues hombres y mujeres presentaron obesidad, hipertensión

arterial y diabetes mellitus; siendo todas estas enfermedades prevenibles si se tuviera un mayor autocuidado.

En otro estudio, Arenas-Monreal, *et al.* (2004) analizan la influencia que la profesión y la institución laboral ejercen sobre el autocuidado de la salud del personal médico, y concluyen que éstos tienen complicaciones para autocuidarse pues las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran.

2.3 Cuidado de sí en el Personal de Salud

Hernández (2012) indica que existe un proceso de evolución de las profesiones sanitarias en los países desarrollados, tanto de carácter externo (sus relaciones con la sociedad y los sistemas de salud, caracterizadas por una creciente intervención pública y una pérdida de capacidad de autocontrol), como interno (las relaciones interprofesionales, caracterizadas por conflictivos procesos de reordenación de los 'mapas' profesionales) que debe ser estudiados para comprender la complejidad que implica el acceso a la salud en las diferentes sociedades. Es por esto que, antes de evaluar la calidad del servicio que el personal médico ofrece a sus pacientes, se debe explorar el contexto en el que otorgan dicho servicio, las interacciones que se generan en éste y las consecuencias negativas o positivas que tienen las condiciones donde se desenvuelve este personal médico.

Mendes & Lopes (2009), recalcan que es necesario ser conscientes de la complejidad que tiene el rol profesional del personal médico que se desenvuelve en el campo de la salud, en el que se mueven intereses profesionales e institucionales de muy diversa índole, mientras se cuida de las personas enfermas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y sufrimiento. Para las autoras, sólo a través de complejizar el rol médico es posible movernos hacia una concepción de cultura profesional negociada, dinámica y transformativa.

Rossi *et al.* (2013) realizaron un estudio observacional descriptivo transversal en el que participaron 172 médicos, mediante una encuesta de carácter anónimo. Los datos sugieren que la muestra analizada experimenta insatisfacción laboral, desgaste profesional y situaciones de acoso pues dentro de las realidades del personal médico se identifican principalmente: dificultades económicas, multiempleo, sobrecarga de horas de trabajo, falta de reconocimiento y estímulo para el trabajo en equipo, deficientes condiciones medioambientales de higiene y seguridad y violencia institucional.

Mesa & Romero (2010) puntualizan que es indispensable interpretar y comprender cómo las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud perturban su calidad de vida y desarrollo humano. En sus investigaciones, realizadas específicamente con personal de enfermería analizan 1) cómo se vive el ejercicio de cuidado en las actuales condiciones laborales, (en un contexto socioeconómico que deslegitima los derechos del trabajador por la flexibilización laboral) y 2) la manera cómo este contexto recrea o reprime satisfactores y oportunidades para el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales de enfermería. Las autoras, concluyen que, debido a la precarización del trabajo en enfermería, el valor de lo humano se desconfigura y el desarrollo humano y la calidad de vida de los profesionales decae significativamente debido a las carencias en las que laboran.

En el caso de los médicos, las repercusiones del contexto en el que trabajan se han estudiado en amplitud. Castro (2010) en su libro "Teoría social y salud" señala que "la corriente de la medicina social se ha ocupado también de problematizar el vínculo salud-trabajo en el ámbito de la salud en México" (p.32). Al hacerlo, diversos autores han señalado la importancia de estudiar el proceso de trabajo en sí mismo y de entenderlo como fuente de desgaste obrero con consecuencias directas sobre el proceso salud-enfermedad (Laurell, 1982).

El personal de salud ha sido profundamente estudiado en cuanto a las consecuencias que tiene el desgaste laboral que padecen, tanto en su salud como en las diversas interacciones que se desprenden de su labor (pacientes, organizaciones, etc.). El problema de desgaste que enfrentan los médicos es tan grande, que incluso el término Burnout (síndrome del quemado) (Maslach, 1982), que es el concepto pionero en estos temas, fue desarrollado por Maslach en 1977 ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, para explicar la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral del personal médico que tiene repercusiones de índole individual, organizacional y social.

Un concepto derivado del Burnout (que se ha desarrollado para definir la atención específica con población vulnerable) es el desgaste por empatía definido como “el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos” (Acinas, 2012, p.8). Por tanto, el desgaste por empatía, es una respuesta biopsicosocial por la exposición continua y recurrente a un trauma, tensión o estrés de otras personas como resultado de una interacción empática y sensible (González *et al.*, 2018, p.488).

González *et al.* (2018) realizaron una investigación bibliográfica en relación a la fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia, y recapitulan que otros factores desencadenantes de la fatiga por compasión son las largas horas de trabajo con poca disposición del tiempo propio (por lo que descuidan actividades y vínculos familiares, sociales y tienen complicaciones para establecer rutinas de alimentación, descanso e higiene saludables, etc.) (Murillo, 1995); exceso de atención de pacientes a diario, exposición frecuente a enfermedades crónicas o incurables o posibles muertes de pacientes y la personalidad del profesional (en especial rasgos altos de neuroticismo), prologados periodos de estrés y angustia y poco tiempo libre para el ocio y descanso (Mingote *et al.*, 2013; O’Mahony, *et.al.*, 2017). Los autores determinan

que otra causa, quizás la más relevante, es la empatía, a mayor empatía mayor la probabilidad desarrollar la fatiga por compasión (O'Mahony, *et.al.*, 2017).

Por otra parte, manifiestan que el desgaste por empatía es más frecuente cuando el profesional tiene algún trastorno depresivo, estrés postraumático o están pasando por conflictos económicos fuertes de tal manera que los médicos caen en una tendencia a sacrificar las propias necesidades psicológicas para suplir las de su paciente (Hernández, 2017). Burnett (2017) agrega otro factor predisponente: el agotamiento.

González *et al.* (2018) resume, que la fatiga por compasión o desgaste por empatía genera un sin número de síntomas que se presentan de diversas maneras, intensidad y duración. La persona se muestra irritable, con cambios de humor repentinos y disminución de comportamiento. Respecto a las emociones, éstas se alteran por la impotencia, enojo, culpa y sueños angustiosos. Hay una disminución de concentración, apatía, preocupación con el trauma expuesto; y malestares físicos como continua sudoración y mareos o incluso otras enfermedades somáticas.

Care (2017) recalcó que además de lo anterior, la fatiga por compasión genera ansiedad, miedo, desesperanza, sentimientos de tristeza, depresiones, hipersensibilidad, apatía, dificultades en la concentración, actitud más rígida o negativista, desorientación, exceso de preocupación, ideas conflictivas, alteración del sueño y apetito.

Por su parte, Pfaff *et al.* (2017) puntualizan que la persona con desgaste tiene incapacidad de generar más energía para laborar, dolores de cabeza, ira, pensamiento intrusivo, evitación de pacientes, lucha con sus pensamientos, incapacidad para establecer ciertas conversaciones o huidas de situaciones similares a las vividas por el paciente. Otras repercusiones que se pudieran presentar en el personal de asistencia son: la necesidad de aislamiento para evitar apoyar a los

demás, sentimientos de impotencia, confusión, dificultad para ser empático con los asistidos o pacientes, disminución considerable del bienestar, salud y funcionamiento general (Pfaff *et al.*, 2016). Finalmente, González *et al.* (2018) concluyen que esta información pone en evidencia la necesidad de realizar intervenciones constantes en aquellos profesionales que brindan asistencia a personas en situación de vulnerabilidad.

En la actualidad, el tema del desgaste laboral ha tomado mucho mayor auge ya que se ha visibilizado en múltiples ocasiones que las repercusiones para el médico son peligrosas y que incluso ponen en riesgo su vida. Diversos estudios corroboran que los médicos tienen la tasa de suicidio más alta de la población en general en varios países del mundo como: Finlandia, Noruega, Australia, EUA, Singapur, China y México (Martínez, 2019; Mingote *et al.*, 2013; Salazar, 2018; Anderson, 2018).

Al respecto, Mingote *et al.* (2013) comentan que la paradoja es que el cuidado de los pacientes genera estrés, pero es también la fuente de gratificación más importante del personal médico y que se sabe que aquellos que cuidan de los demás a menudo tienen grandes dificultades para buscar y recibir ayuda para ellos mismos, por lo que los médicos tienden a sufrir elevados niveles de alcoholismo, dependencia de drogas, rupturas matrimoniales, enfermedad mental y suicidio.

Por otra parte, Hernández (2017) recalca que no se ha encontrado relación significativa entre la fatiga por compasión y variables como la edad, estado civil o etnia. Sin embargo, determina que sí existe correlación con la variable, años de profesión y profesión (el personal de enfermería tiene mayores posibilidades de presentar fatiga por compasión que los administradores debido a sus condiciones laborales en contacto con el paciente). Hernández (2017) contrasta esta información con la de otras investigaciones, dónde se ha encontrado menor desgaste en aquellas personas con una jornada parcial (Slocum-Gori *et al.*, 2013 citado en Hernández, 2017) y en aquellas que

cuentan con estrategias de autocuidado que les permiten no dejar de lado sus necesidades para satisfacer a las de los demás (Abendroth & Flannery, 2006 citado en Hernández, 2017).

Curiel-García *et al.* (2006) señalan que los recursos humanos son parte vital para el buen funcionamiento del sistema de salud y para garantizar que éste ofrezca atención de calidad; por ello realizaron una investigación con personal de enfermería y medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social en la que evidenciaron que, existe una elevada prevalencia de despersonalización y fatiga emocional y que, a pesar de esto, mantienen un alto desempeño laboral.

Dicho hallazgo sugiere que dicho personal desarrolla un mayor esfuerzo para mantener las exigencias que demanda el servicio de atención al enfermo, por lo que existe el riesgo de un incremento de la fatiga emocional y de la despersonalización, hasta un punto en el que los mecanismos de compensación serán insuficientes y se afectará la esfera del rendimiento laboral y del trato a los pacientes.

Entre las estrategias de prevención, además de las pausas durante el trabajo, la mayoría de las recomendaciones incluyen: el reconocimiento frecuente a la labor realizada y el apoyo social por parte de los jefes inmediatos, acciones que favorecen una respuesta positiva hacia el trabajo, disminuyen el cansancio emocional y mejoran la actitud y conductas negativas hacia los compañeros laborales y los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (2017), determina que para lograr el máximo grado de salud posible en los pacientes, es necesario un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, y esto está relacionado directamente con el acceso que tengan las personas a otros derechos humanos más allá del de la salud, es decir, que la disposición de cuidados de parte del médico a sus pacientes se verá en gran medida limitada o fomentada con base en las

condiciones en las que el médico se cuida para prevenir el desgaste laboral y, por otra parte, las condiciones estructurales en las que el paciente reciba estos cuidados.

Wolfberg (2003) enfatiza la importancia de implementar estrategias de prevención y atención a los cuidados del médico en todos los contextos, y resalta que el objetivo de estudiar estos fenómenos no es una lucha en contra de los médicos o los sistemas de salud, sino que se busca informar y alertar sobre las consecuencias que pudieran existir tras la falta de cuidado al médico para que se desarrollen alternativas de prevención.

2.4 El médico que cuida de otros

El tema del cuidado en la atención a la salud ha sido tratado a profundidad en cuanto a la profesión de enfermería pues; “en términos generales, a las enfermeras y enfermeros les corresponde la prestación personal de los cuidados (...) en las distintas fases del proceso de atención de salud (...) orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud” (Acebedo-Urdiales *et al.*, 2011, p.87).

Con este argumento, la mayoría de los estudios de los cuidados en las áreas de la salud, han sido realizados desde la perspectiva y el quehacer de profesionales de enfermería o del área de trabajo social, y poco se ha explorado desde la labor de los médicos ya que en esta población el tema de cuidados se ha trabajado, en la mayoría de los casos, desde la perspectiva de los cuidados neonatales, atención a personas adulta mayor de la tercera edad o con discapacidad o a los cuidados paliativos en casos de enfermedades terminales, como si únicamente esta población requiriera y recibiera cuidados de parte del personal médico (Aguirre *et al.*, 2014; Hernández, 2017; Mesa & Romero, 2010; Méndez & López, 2009).

Pese a que existen pocas investigaciones en las que se relaciona la teoría de los cuidados con el ejercicio de la medicina de manera explícita, la labor de cuidados en el rol del personal médico se da por sentada al hablar de las responsabilidades y funciones de éste hacia los pacientes y al describir las prácticas, expectativas y deberes de los médicos, mismos que coinciden con los conceptos y acciones que el cuidado conlleva.

Rodríguez (1967) dentro de su investigación sobre la relación médico-paciente, realiza una revisión documental en la que retoma el papel del médico desarrollado por Parsons (1951) y concluye que, este rol presupone una larga etapa de socialización en el conocimiento profesional y se orienta con un sentido de servicio colectivo antes que de beneficio individual, pues su objetivo es combatir o aliviar la enfermedad en sus pacientes. Para lograrlo, es indispensable que el enfermo asuma su rol y quede al cuidado de otras personas, dentro de las cuales, el personal médico tiene el estatus más alto; por ello, el enfermo debe aceptar la ayuda del galeno acatando sus instrucciones y confiando en sus cuidados. En correspondencia con esto, hay diversas investigaciones (Frank, 2005; Entralgo, 1983; Borrelli, 2017) que exploran la relación que existe entre médico-paciente, donde el médico es entendido como el “prestador de cuidados” con mayor estatus y conocimiento (Rodríguez, 1967, p. 4).

Mucci (2007) recalca que la relación médico-paciente es profesional y humana, pues en ella se juega la dignidad del enfermo y del médico. Herrera *et al.* (2010) a través de entrevistas en profundidad, analizaron las representaciones sociales de la relación médico-paciente en una población de 17 médicos y 17 pacientes de la ciudad de Bogotá y en sus conclusiones, se pueden reconocer acciones y expectativas sobre el cuidado que ejerce el personal médico sobre sus pacientes.

En cuanto a las representaciones de los pacientes, Herrera *et al.* (2010) observaron que éstos desean una relación duradera con el profesional de la salud “pues con esto se genera más confianza y te cuidan más” (p.350), los pacientes esperan una atención profesional, amable, cálida y respetuosa. Les resulta importante el saludo, la atención, el contacto visual, el mencionar su nombre y no tratarlos como un número. Esperan que el médico le dé importancia a las dudas, miedos y comentarios que les hagan en la consulta; de esta forma, un médico descuidado que se muestra negligente en su forma de trabajar, de atender, de diagnosticar y de interactuar con el paciente, pierde en estatus y el respeto como profesional de la salud ante los ojos de los pacientes.

Por su parte, los médicos esperan brindar un servicio adecuado al paciente, a nivel físico y psicológico "poder ayudarlo en todos los aspectos, no solamente en su enfermedad física, sino también en la parte psicológica, escucharlo, no sé, ayudarle en todos los aspectos del humano" (Herrera *et al.*, 2010, p. 351). Su preocupación por cuidar adecuadamente la salud del paciente es tal, que generan cuatro estrategias para que éstos cumplan las recomendaciones médicas: la exageración; las explicaciones (buscar que los pacientes sientan que son escuchados y que todas las dudas son importantes para el terapeuta, incrementando así la confianza frente al médico); el regaño manifestando su preocupación y, finalmente, tratos compartidos en los que, a través de la complicidad, ambos se comprometan a realizar acciones para mejorar la salud y mejorar la adherencia a los tratamientos.

Finalmente, pese a que los procesos de los médicos y los pacientes son sorprendentemente similares, tanto para conseguir sus objetivos, como para protegerse de cualquier daño que se pueda dar en la relación clínica, Herrera *et al.* (2010) recalcan que los médicos encuentran insatisfacción al trabajar en un modelo de salud que reduce la interacción clínica a un encuentro esporádico en el que la relación con el paciente se limita al manejo de informaciones esenciales del paciente, su sintomatología y un plan de intervención. Para ellos es necesario establecer una

relación mucho más cercana con los pacientes, sin embargo, los médicos perciben que su papel como profesionales ha sido demeritado, tanto por los pacientes como por los servicios de salud.

Según la investigación de Herrera *et al.* (2010), los médicos sienten que los pacientes los respetan poco y que han malinterpretado la dinámica y los derechos que tienen bajo el sistema de salud en Colombia, exagerando y sobredimensionando sus expectativas y sus derechos, desarrollando una actitud que, en muchos casos, es vista por los profesionales de la salud como agresiva y maleducada.

Los médicos entrevistados afirman que desarrollan una predisposición que impide una correcta interacción clínica, disminuyendo la calidad de ésta e impidiendo que la confianza se construya entre el paciente y el médico. Tanto profesionales de la salud, como pacientes, concuerdan que este modelo de salud es deficiente y que no permite desarrollar a cabalidad la relación clínica necesaria para establecer vínculos y cuidados necesarios, ya que limita las opciones que los actores tienen para negociar sus objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo (Herrera *et al.*, 2010).

Ahora bien, si retomamos el concepto de desgaste laboral³, y recordamos que éste es propiciado por las relaciones laborales, por la organización y por el diseño del trabajo, podemos reconocer que los médicos se encuentran intentando cuidar de sus pacientes mientras ellos mismos se encuentran en contextos que los descuidan y desgastan.

³ Desgaste laboral: se genera cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador, o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias, no coinciden con las expectativas del lugar donde labora (Organización Internacional del Trabajo, 2016)

Diversas investigaciones han hecho saber que cuando un médico se encuentra desgastado y no tiene los recursos personales para afrontar las situaciones conflictivas, la despersonalización/cinismo, actúa como una nueva estrategia de afrontamiento negativa, que permite a los sujetos alejarse de aquellas situaciones que le resultan conflictivas, en lugar de enfrentarlas y resolverlas (Gil Monte & Peiró, 1997; Gil Monte, *et al.*, 1998; Sierra Siegert, 2008 citados en Marsollier, 2013, p.4).

Esta situación, afecta el desempeño laboral de los médicos aumentando las tasas de accidentes, y disminuye la productividad de éstos (Gómez-Esteban, 2004) por lo que, aunque el médico tenga disposición y deseo de ofrecer un servicio cálido y cuidadoso a su paciente, la carencia de recursos personales y los contextos de descuido en los que laboran, propiciarán descuidos y malos tratos en la interacción. El paciente, en vez de recibir intervenciones cuidadosas de parte de su médico, encontrará en él características de desgaste (cínicas y evitativas) que le impiden explorar a profundidad en el dolor ajeno y les complica afrontar situaciones críticas o angustiantes (Marsollier, 2013).

Como herramienta para sobrellevar las condiciones mencionadas, está el autocuidado que son las habilidades y actividades que las personas realizan en su beneficio para mantener la vida, la salud y el bienestar; y es una necesidad de todas las personas, que, si no es satisfecha, puede traer desequilibrios, enfermedad y hasta la muerte (Rodríguez, 2017, p.5).

Múltiples investigaciones han dado cuenta de que los profesionales del área médica tienen escasas habilidades y actividades de autocuidado que les permitan sobrellevar las condiciones de desgaste (Citas). Rimpelä *et al.* (1987) aseveran que la situación de los profesionistas de la salud es preocupante, pues tienen mayores porcentajes de tabaquismo y que la mortalidad por suicidios, accidentes y violencia es mayor en comparación con otros profesionistas universitarios. Estos

resultados se han repetido constantemente a lo largo de los años y resultan alarmantes pues, los médicos no usan sus habilidades y conocimientos técnicos en salud para reducir las tasas de mortalidad y los riesgos ocupacionales a los que ellos están expuestos, dejándolos vulnerables a complejas consecuencias que repercuten en su salud física y mental sí como en la del paciente (Gómez & Grimaldi, 1998).

3. El concepto y las características del cuidado (debate teórico conceptual)

3.1 El cuidado

Perspectivas del concepto de cuidados

Históricamente, las primeras aportaciones al estudio del cuidado provienen de la filosofía y, su complejidad, se basa en que la visión que se tenga del cuidado está profundamente relacionada con las concepciones que se tienen del “ser”, el “hacer” el “deber ser”, la “ética”, la “responsabilidad”, la “política”, etc. (Pinto *et al.*, 2017).

Durante siglos, se han desarrollado profundas reflexiones sobre estos temas, abarcar todas las dimensiones a través de las cuales se ha conceptualizado, estudiado y entendido el “cuidado” resulta extremadamente ambicioso. Sin embargo, a continuación se muestra un cuadro que de manera general, busca presentar una aproximación al desarrollo teórico-conceptual del fenómeno del “cuidado”, enfatizando las corrientes que han influenciado en mayor medida los estudios desde el pensamiento occidental; revisando su construcción desde diversas y variadas áreas del conocimiento para, finalmente, relacionarlo con el trabajo realizado desde las ciencias sociales.

Tabla 1.

Disciplinas que han conceptualizado el cuidado

Área de estudio	Concepción del concepto de “Cuidado”
Filosofía	<ul style="list-style-type: none"> • Aristóteles promovía el “cuidado del alma” a través de los valores (Nussbaum, 1994) y lo relacionaba con la cura, (López, 2010; Gracia, 2000 citado en Alba, 2015) la política y la ética (Rubio, 2010). • Platón defendía que sólo se podía cuidar el alma a través del habla y del pensar (Nussbaum, 1994). • En general, los griegos pensaban que el cuidado es necesario para llevar una “vida buena” (Pinto <i>et al.</i>, 2017) y poco a poco dejó de centrarse en “el pensar” para ligarlo a la praxis. • Marx posicionó la “necesidad” como la base del análisis y posiciona a la historia colectiva como el eje para la sobrevivencia. • Heidegger dio un enfoque existencialista a los cuidados y trabaja el concepto “Sorge” (“cuidar de”, “curar a”) (Pinto <i>et al.</i>, 2017). • Riechmann (2003) y otros filósofos debatieron “la necesidad de cuidar” y establecieron que está basada en la “dependencia” que tiene el humano al ecosistema y a los otros para poder sobrevivir. • La filosofía actual tiene un amplio análisis sobre la “ética del cuidado” (Held, 2014) que defiende la necesidad humana por mantener la paz y acceder a la justicia (Comins, 2003).
Ciencias jurídicas	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado tiene estrecha relación con el ejercicio de los derechos y la obligación del sistema protector para garantizar éstos (Pérez, 2006).
Ciencias exactas	<ul style="list-style-type: none"> • Existe una vinculación muy estrecha del cuidado con temas de servicio, calidad y productividad en los procesos que se emprenden (Hernández, 2012).
Ciencias ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Abre debates sobre el antropocentrismo humano. Reconoce que el cuidado de la naturaleza es necesaria para que el ser humano sobreviva y tenga aprendizajes emocionales y espirituales (Comins, 2003).
Ciencias en educación	<ul style="list-style-type: none"> • El cuidado es visto como una competencia humana que fomenta el proceso de conciencia y empoderamiento personal y comunitario y que debe ser promovida en todas las actividades que se realizan en los procesos de enseñanza-aprendizaje (Comins, 2003).
Ciencias de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Alba (2015) retoma la concepción filosófica del cuidado como “cura” y puntualiza que éste busca la recuperación de la salud que afecta a toda la vida humana, a la mente y al cuerpo. Por ello, existen dos niveles de

cuidado del ser humano; el del cuerpo y el que tiene que ver con la vida intelectual y psicológica (Alba, 2015).

- Existen múltiples estudios sobre los aspectos terapéuticos de la relación de cuidado entre paciente y médico (Guevara *et al.*, 2014). La mayor aportación académica que se ha realizado a los estudios de cuidados en las áreas de la salud tiene que ver con temas de “cuidados intensivos médicos”, “cuidados paliativos”, cuidados a personas con discapacidad y cuidados en enfermería y son muy escasos los que se enfocan sobre el cuidado desde la relación médico-paciente.

Fuente: Elaboración propia a partir de la revisión de la literatura

Como se observa en la Tabla 1, durante siglos se han desarrollado profundas reflexiones sobre el cuidado y se han marcado diversas posturas sobre las cuales se han desarrollado las diferentes disciplinas, profesiones, visiones de la vida y conceptualizaciones que se tienen en nuestra sociedad. Desde la ciencias sociales, el concepto ha sido ampliamente trabajado y, en la actualidad, sus aportaciones han permeado significativamente en todas las demás ciencias ya que, al tratarse de uno de los temas más inherentes a la condición humana, las ciencias sociales han generado espacios de reflexión sobre la complejidad y relevancia que el cuidado implica en todas las áreas de nuestra sociedad.

Byock (2012), cuenta que, hace años, un estudiante le preguntó a la antropóloga Margaret Mead cuál consideraba ella que era el primer signo de civilización en una cultura. El estudiante esperaba que Mead hablara de anzuelos, ollas de barro o piedras de moler. Pero no, Mead dijo que el primer signo de civilización en una cultura antigua era un fémur que se había roto y luego sanado. Mead explicó que, en el reino animal, si te rompes una pierna, mueres. No puedes huir del peligro, ir al río a tomar algo o buscar comida. Eres carne de bestias que merodean. Ningún animal sobrevive a una pierna rota el tiempo suficiente para que el hueso sane. Por ello, un fémur roto que se ha curado, es evidencia de que alguien se ha tomado el tiempo para quedarse con el que se cayó, ha vendado la herida, le ha llevado a un lugar seguro y le ha ayudado a recuperarse. Mead dijo, que ayudar a alguien más en las dificultades, es el punto donde comienza la civilización” (p. 32).

En general, se reconoce que “cuidar es y será siempre indispensable no sólo para la vida de los individuos, sino también para la perpetuidad de todo grupo social” (Colliere, 1993, p.13). Sin embargo; “las teorías del cuidado y el análisis de su implicación en la vida del ser humano se han abordado desde diversas perspectivas a lo largo de la historia, y varía considerablemente de unos estudios a otros” (Thomas, 1993 citado en Ruggeri, 2014, p.50).

Pese a que la mayoría de los estudios contemplan todas o algunas de las siguientes perspectivas del cuidado: el cuidado como característica humana, el cuidado como imperativo moral, el cuidado como afecto, el cuidado como interacción interpersonal, y el cuidado como intervención terapéutica (y la interrelación entre esas categorías) (Morse *et. al.*, 1990), ha sido muy complejo llegar a un consenso sobre la definición del cuidado.

Algunos de los temas que más se han trabajado respecto al cuidado desde las ciencias sociales son la familia, historia y organización social del cuidado; la política y los estados de bienestar; la perspectiva feminista del cuidado; y el cuidado de la salud (Lagarde, 2004; Escamilla, 2010)

Thomas (1993) destaca que el estudio del cuidado debería contemplar múltiples dimensiones (la identidad social de quien cuida, la persona cuidada, la relación personal entre la persona que cuida y la cuidada, la naturaleza del cuidado, el ámbito social en el que se ubica la relación, el carácter económico de la relación de cuidado y el contexto institucional en que se ejerce, así como sus implicaciones a nivel político y a nivel simbólico, etc.) ahora; “esto es extremadamente complejo debido a la transversalidad de cada una y la profundidad con la que se puede analizar cada una” (Thomas, 1993 citado en Ruggeri, 2014, p. 50).

Las ciencias sociales hoy en día, siguen desarrollando definiciones sobre el cuidado y están lejos de llegar a un consenso al respecto. Sin embargo, en general, reconocen que los cuidados son una necesidad multidimensional que tienen todas las personas en todos los momentos del ciclo vital (aunque en distintos grados, dimensiones y formas) y que éstos, constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permite la sostenibilidad de la vida (Covas, *et al.*, 2009).

Principales críticas a la concepción tradicional del cuidado

Desde los años 70, los estudios del cuidado han aumentado significativamente en las ciencias sociales y se ha cuestionado que el concepto de cuidados ha justificado enormes desigualdades sociales y su crítica ha girado en torno a dos aspectos que a continuación retomamos:

1. La distribución sexual del cuidado:

En la literatura, el concepto del cuidado tradicionalmente es descrito como saber femenino. Ruggeri (2014), típico del mundo de las madres, de las hijas, de las hermanas y de las trabajadoras del servicio doméstico (Saraceno, 2009). En los años 70, en los países anglosajones impulsados por las corrientes feministas en el campo de las ciencias sociales (Aguirre *et al.*, 2014) tomaron auge los debates académicos respecto a las relaciones de poder y el reparto de las responsabilidades en entornos familiares, en donde las mujeres tienen una significativa sobrecarga en la tarea de los cuidados, y comenzó a visibilizar la rigidez social que se ha mantenido por más de dos siglos entre lo público y lo privado (Scott, 2013; Martín, 2008).

Gracias a los análisis hechos por las ciencias sociales y al método de la “deconstrucción” (Derrida, 1990 en Borges de Meneses, 2013) se comenzó a ver el cuidado como un «trabajo» en el que se gestiona y da mantenimiento cotidiano a la vida y a la salud (Pérez, 2006, Covas, *et al.*, 2009) a través de un conjunto de actividades y recursos (Lagarde, 2004; Covas, *et al.*, 2009). Esta nueva

forma de concebir el concepto rompió paradigmas, generó nuevas áreas de investigación e impulsó movimientos sociales.

La actual organización social del cuidado, continúa sostenida por la tradicional distribución de los roles de género, y esta situación está sostenida por diversas estructuras sociales (dentro de las que el sistema sanitario no es una excepción) que siguen responsabilizando a las mujeres del cuidado de otras personas del grupo familiar y excluyendo o no a los hombres (Covas, *et al.*, 2009, p.11). Sin embargo, este tema cada vez se posiciona más en las mesas de debate en la lucha por una repartición igualitaria y justa de trabajo.

2. El ingreso a las agendas públicas e institucionales como un tema de interés colectivo:

Los cuidados a las personas se han resuelto históricamente en el seno de las familias, y esto ha perpetuado la visión que se ha tenido sobre el cuidado como un asunto privado que cada individuo debe resolver con sus herramientas y posibilidades. Sin embargo, a comienzos de los años 90, los debates sobre género y Estado de Bienestar recibieron un gran impulso (Martín, 2008) y, desde entonces, los cuestionamientos a la noción clásica de cuidados se ha vuelto un elemento clave para el análisis sociológico y la investigación con perspectiva de género sobre las políticas de protección social (Aguirre *et al.*, 2014).

En 2000, Daly & Lewis desarrollaron el modelo de “cuidado social” (social care) como una respuesta a la problemática de distribución social del cuidado, en la que se presenta una visión no fragmentada y transversal de los cuidados que pretende reclamar una noción multidimensional de los cuidados como organización social.

El análisis del cuidado social, contempla el continuo cuestionamiento sobre la repartición de los cuidados entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil y, por otro lado, contempla que

se realicen dos niveles de análisis al estudiar la interacción familiar: un nivel macro (el de las políticas) y, un nivel micro (el de las prácticas cotidianas) (Letablier, 2007).

El cuidado desde la perspectiva pública, privada y como derecho humano

El posicionamiento del tema de cuidados en el interés público nos permite preguntarnos por la responsabilidad moral y política de los cuidados y el lugar que deben ocupar en nuestra sociedad (Lagarde, 2004). Gracias a los esfuerzos académicos y a las constantes presiones de los movimientos sociales; en 2007 se posicionó formalmente el tema de cuidados como un tema de derechos humanos que debe ser tratado con urgencia a nivel internacional durante la X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, celebrada en la ciudad de Quito (Pautassi, 2018).

Pese a que ya se anticipaban algunas cláusulas contenidas en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (conocida como CEDAW por sus siglas en inglés) y la Convención de los Derechos del Niño, que hasta el 2007 se redactó el primer documento que comprometió a la academia y a los estados a aplicar una metodología del enfoque de derechos, para identificar en los tratados y constituciones existentes las actividades de cuidado y darles un reconocimiento expreso como derecho humano en el que personas cuidadas y cuidadores deben tener garantías explícitas (Pautassi, 2018).

Finalmente, se puede concluir que el ingreso del tema de cuidados a las agendas públicas e institucionales como un tema de interés colectivo, ha sido uno de los cambios más relevantes en el paradigma del cuidado y su solución ha beneficiado al conjunto de la sociedad. Dejar de ver el cuidado como un problema privado en el que cada persona responde en función de los recursos de los que dispone, para que pase a ser un problema público que requiere de respuestas colectivas y sociales (Aguirre *et al.*, 2014); ha sido uno de los aportes más grandes y significativos de las

ciencias sociales en el siglo XX, y se espera que continúe concretándose como un derecho humano para todas las personas del mundo durante el siglo XXI.

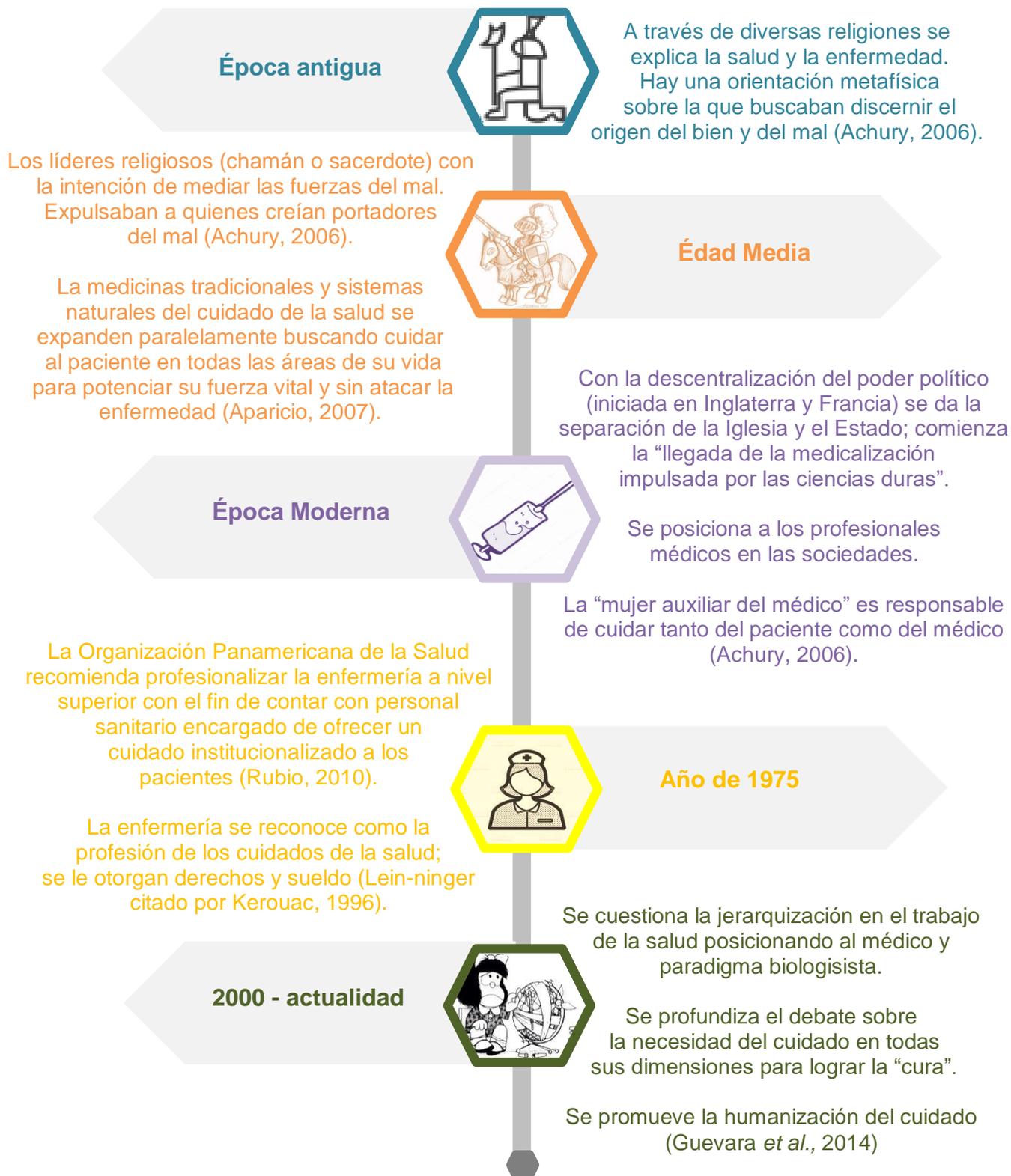
El cuidado de la salud

Como parte de la historia y evolución del concepto de cuidado de la salud, se puede mencionar que la formalización de los cuidados y el acceso a éstos dentro de las sociedades ha sido responsabilidad de diversas instituciones. Sin embargo, dentro del sector de cuidados que el estado debe garantizar a su ciudadanía, se destacan las profesiones de la salud. Estas trabajan bajo un modelo que, a través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos sobre el origen de la vida humana, ha perfeccionado técnicas para el quehacer del profesional de la salud, pero en ocasiones olvida que es indispensable el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano (Juárez-Rodríguez *et al.*, 2011).

Alfredo Estrada (1990, citado en Villarini, 2008) defiende que el desarrollo y la complejización de la sociedad han puesto en evidencia las incapacidades y los límites del marco epistemológico que el modelo médico tiene para dar cuenta de los problemas de salud existentes y, que es indispensable continuar repensando este tema para generar los cambios necesarios a las demandas actuales de la salud. En este sentido, a continuación, se presenta una línea del tiempo (figura 1) sobre los abordajes del cuidado de la salud a través de la historia.

Figura 1.

Historia del cuidado de la salud



Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de la literatura

En la actualidad, existen múltiples reajustes que se han hecho al modelo de formación y práctica profesional de médicos y profesionales de la salud (como la Educación Interprofesional (EIP) que promueven el desarrollo de competencias en los profesionales para el trabajo en equipo multidisciplinario, y que buscan garantizar la atención a las necesidades de salud centrada en: 1) el cuidado humanista y profesional del paciente y su entorno y 2) ayudar al paciente con orientación, enseñanza y consejo para que sea capaz de realizar su autocuidado (Aliaga, 2003).

Conceptualizando el cuidado de la salud en el contexto de la investigación

Cuidado, es una palabra que proviene del latín “cogitatus”, cuya traducción más directa sería “pensamiento”. A su vez “Cogitatus”, es el participio del verbo “cogitare” y de “agitare” por lo que puede traducirse como “hacer avanzar”, “tratar” o “actuar” (Pinto *et al.*, 2017).

Cuidar, es un trabajo que propicia el bienestar y desarrollo físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas a través de la estimulación de los fundamentos físicos y cognitivos con la búsqueda, en la medida de lo posible, de la conservación de las capacidades y la autonomía (Batthyány *et al.* 2013). La naturaleza de la actividad variará según se realice de manera formal o informal, de manera remunerada o no, en el marco de la familia o en una institución (Aguirre *et al.*, 2014).

Para la presente investigación se analizarán los cuidados formales y remunerados que ofrecen profesionales en ambientes institucionales. Para ello, se conceptualizará el “cuidado” retomando 3 aspectos:

- 1.- La perspectiva humanista del cuidado de la salud
- 2.- Las dos aristas de enriquecimiento que se obtienen en la relación cuidador-persona cuidada.
- 3.- Las tres dimensiones del cuidado (Material, moral y emocional) (Martín-Palomo, 2013)

La atención que las instituciones de salud prestan a la persona enferma se centran en el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud, realizan al usuario con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar (Tobón, 2003). El cuidado de la salud busca el mantenimiento y conservación de la vida, al permitir que ella continúe, se reproduzca y termine dignamente (Tobón, 2003).

La enfermería indica, que el cuidado de la salud debe tener un trato humanista y “ofrecer un cuidado (...) que no solo trate el órgano o sistema que está enfermo, sino que también aborde las diferentes dimensiones del receptor del cuidado” (Guevara *et al.*, 2014, p.319). Reconociendo que las propuestas sobre el trato humanizado en las áreas de la salud tienen una sólida base en la labor realizada por la enfermería y, debido a que la mayoría de las investigaciones sobre cuidado se han desarrollado en esta profesión, la presente investigación retomará elementos de estas aportaciones teóricas.

Dentro de la perspectiva humanista de la enfermería Watson (2002) propone 10 factores que combinados con una base de conocimientos científicos, deben ser garantizados en la prestación de los servicios profesionales para garantizar una atención con “cuidado”. De manera resumida, estos son:

- 1) Practicar el amor, la amabilidad y la coherencia dentro de un contexto de cuidado consciente;
- 2) Ser auténtico, estar presente, ser capaz de practicar y mantener un sistema profundo de creencias, y un mundo subjetivo de su vida y del ser cuidado;
- 3) Cultivar sus propias prácticas espirituales y transpersonales de ser;
- 4) Desarrollar y mantener una auténtica relación de cuidado, de ayuda y confianza;

- 5) Estar presente y dar apoyo durante la expresión de sentimientos positivos o negativos;
- 6) Hacer un uso creativo del ser, de todas las formas de conocimiento, como parte del proceso de cuidado para comprometerse artísticamente con las prácticas del cuidado y protección;
- 7) Comprometerse de manera genuina con la experiencia de la práctica, de la enseñanza y del aprendizaje;
- 8) Crear un ambiente protector en todos los niveles, donde se está consciente del todo, de la belleza, de la comodidad, de la dignidad y de la paz;
- 9) Asistir a las necesidades humanas, conscientemente, administrando un cuidado humano esencial, el cual potencializa la alianza mente, cuerpo y espíritu;
- 10) Estar abierto y atento a la espiritualidad y a la dimensión existencial de su propia vida.

En esta concepción de los cuidados se propician dos aristas que deben ser tomadas en cuenta a la hora de su análisis. Por un lado, está la dependencia que tiene el paciente con el cuidador quien, a través de su preocupación y servicio, busca el bienestar y mantenimiento de la persona cuidada y genera lazos de proximidad (Aguirre *et al.*, 2014). Por otro lado, se encuentra la reciprocidad que recibe el cuidador del paciente y en la cual existe una ganancia de parte del cuidador profesional, quién obtiene un crecimiento personal a partir de su relación con el enfermo (Medina, 1999).

Guevara *et al.* (2014) puntualizan que la relación que se forma entre el personal de salud y el paciente a través de los cuidados, además de proporcionar ganancias para ambos, también tiene una función terapéutica pues, a través de los cuidados se transmiten elementos (como seguridad, afecto, sinceridad, entre muchos otros sentimientos) que son necesarios para que la relación paciente-profesional pueda establecer confianza, mutuo aprendizaje y escucha activa (Guevara *et al.*, 2014). Los elementos que se transmiten a través de los cuidados, ayudan a que los pacientes

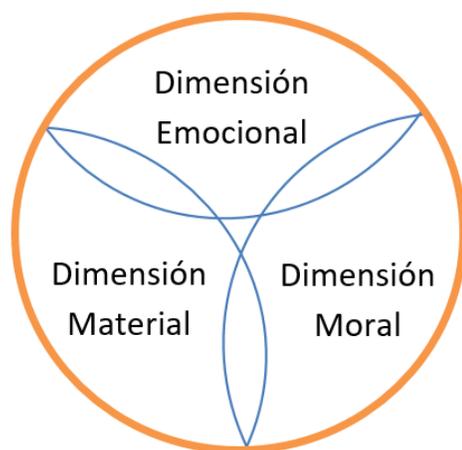
sientan mayor confort y aceleran la curación de los pacientes, por lo que se disminuye la estancia hospitalaria y las secuelas de la enfermedad (Raile *et al.*, 2007).

Finalmente, al profundizar en las dimensiones del cuidado, Rachel Salazar (2001) ha desarrollado una propuesta que permite analizar los cuidados en el entorno familiar y postula que existen tres: 1) la material, que se relaciona con la oferta y consumo de servicios dentro del hogar; 2) la moral, que contiene aspectos disciplinarios, la socialización de los menores, el sentido del deber y de la responsabilidad (abnegación, sacrificio); y 3) la afectiva, en la que se introduce la dimensión emocional de las relaciones familiares (calidad humana, preocupación por el otro, amor, resentimiento; así como tensiones, conflictos, violencia).

A continuación se presentan las dimensiones del cuidado humanizado retomando la postura de Rachel Salazar (2001) y enriqueciéndolas con otras investigaciones.

Figura 2.

Dimensiones del cuidado



Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de la literatura

La dimensión material de los cuidados

Molinier & Legarreta (2016) destacan que los cuidados se caracterizan por su invisibilidad y discreción, incluso cuando se trata de un trabajo remunerado desarrollado fuera de los hogares. La dimensión material de los intercambios de cuidado los hace más visibles y medibles tanto en términos de tiempo como de dinero, dos magnitudes que se han estandarizado en las ciencias sociales. Es necesario reconocer que en los cuidados la actividad no puede acotarse fácilmente en horas o en jornadas, pues las tareas que implican requieren diversos niveles de ejecución, de cualificación y de responsabilidad.

La dimensión emocional de los cuidados

Es oportuno incorporar la dimensión social de las emociones, pues permite analizarlas más allá de su aspecto biológico y promueve el análisis sobre sus condicionamientos y normativas sociales (Hochschild, 2002). De esta forma, Martín-Palomo & Muñoz (2015) reiteran, que es necesario utilizar el término 'sujeto sensible', para representar a aquel ser humano que es más que un mero calculador racional o una persona que expresa a ciegas emociones descontroladas. Para analizar y comprender fenómenos como los cuidados, este sujeto sensible se muestra más idóneo que el meramente racional.

La dimensión moral de los cuidados

Al abordar las cuestiones morales se hace referencia a las ideas como principios últimos de comportamiento, por las cuales actuamos o creemos actuar, es decir, aquellas construcciones que definen lo que está bien y lo que está mal, lo que es bueno y lo que es malo, lo que se considera valioso, correcto, apropiado para una convivencia justa. Ello implica un doble plano, por un lado, los principios, razonamientos o normas a los que la persona acude o puede acudir cuando pretende decidir o justificar su comportamiento o decisión; y, por otro, las formas de las normas sociales, las costumbres que guían el actuar cotidiano (Putnam *et al.*, 1998).

La moral, es una dimensión constitutiva del ser humano en tanto que todo ser humano se ve obligado a optar, a decidir qué tipo de conducta seguirá continuamente (Villegas, 2014).

Pharo (2004) argumenta, que las normas y los valores morales son construcciones sociales, por lo que es necesario “comprender cómo los sujetos sociales pueden eventualmente elegir un punto de vista moral en relación con su propia acción teniendo presentes los condicionamientos naturales y sociales en los que se ha inscrito la vida practica ordinaria” (p.13). El autor recalca que las personas dan una explicación moral del sentido de su acción cuando escogen entre distintos cursos de acción posibles y se encuentran en la necesidad de justificarse, de explicar por qué han optado por ese curso de acción o en qué principios se sustenta.

3.2. El concepto de autocuidado

Breve historia y evolución del concepto de autocuidado

Desde la época de Hipócrates, posteriormente en el renacimiento y después en la corriente denominada higienista, se consideraba trascendental concientizar a la población sobre los principios en pro de la salud que podían promover una mejor calidad de vida. Desde los escritos que narran las costumbres prehispánicas, se encuentra la educación para la salud que se concedía al pueblo y, en particular, a los jóvenes respecto a la embriaguez y la sexualidad (Bamonde *et al.*, 2003).

Tobón (2003) señala que las prácticas de autocuidado cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas, y que para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y de cómo se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas

y otras modificadas (Tobón, 2003). En la figura 3 se presenta una línea del tiempo que refleja brevemente cómo las sociedades han considerado las prácticas de autocuidado individual y colectivo a través de la historia.

Figura 3.

Abordajes sobre el tema de autocuidado en la sociedad





Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de la literatura

Las ciencias sociales, desde diferentes enfoques han analizado los elementos que intervienen en el autocuidado, abriéndose debates sobre el tema desde diversas perspectivas, por ejemplo, desde Anthony Giddens con la teoría de la conciencia práctica, pasando por Bourdieu (1999) en torno al campo social, hasta Alain Touraine con los procesos de subjetivación

También hay debates continuos respecto al autocuidado y su relación con la sociedad de consumo, con el trabajo y el individuo mismo utilizando como referentes teóricos autores como Foucault (1999); Bauman & Lyon (2013); Lagarde (2004) y otros.

En la actualidad según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud, el autocuidado es uno de los tres mecanismos a través del cual las personas logran promover la salud. Gracias a esto, el tema se ha posicionado en diversos espacios tanto políticos como sociales que buscan la promoción de la salud a través de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud, y para que la mejoren alcanzando un nivel adecuado de bienestar físico, mental y social (Aliaga, 2003).

El concepto de autocuidado desde nuestra investigación

En el texto “Promover la vida”, Collére (1982) presenta algunos de los elementos intersubjetivos que se presentan durante la experiencia del cuidado (principalmente durante los procesos de enfermedad) y señala que hay tres tipos de cuidado: el cuidado de sí mismo, el cuidado del otro y el cuidado con otros.

El cuidado de sí, es una categoría global que se define como una actitud en relación con uno mismo, con los otros y con el mundo. El cuidado de sí, involucra la construcción de significados, y como parte de sus componentes está el autocuidado, que es el conjunto de acciones concretas encaminadas a procurar el bienestar de la persona (Muñoz, 2009).

Tobón (2003) señala que el autocuidado también requiere de un enfoque humanista, por lo que es necesario partir del concepto de persona como ser integral.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos (Tobón, 2003, p.40).

Las formas de determinar y satisfacer las propias necesidades de autocuidado, son aprendidas de acuerdo con las creencias, hábitos y prácticas que caracterizan culturalmente la vida del grupo al que pertenece el individuo (Naranjo *et al.*, 2017). Para Arenas *et al.* (2011), algunos de los determinantes sociales que influyen en el autocuidado son: clase social, el grupo étnico, la ocupación, el género, la familia de origen y familia de elección, la edad y las experiencias de enfermedad y muerte de otros.

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico. Su estudio es de carácter interdisciplinario, no obstante Tobón (2003) recalca que el personal de la salud tiene el reto de promoverlo en cada una de sus acciones para mejorar la calidad de vida de las personas.

Dentro de las áreas de la salud, la mayoría de las aportaciones teóricas al concepto de autocuidado se han desarrollado desde la enfermería, por lo que, en el presente trabajo, se retomarán los desarrollos teóricos que ha realizado la enfermera e investigadora Dorothea E Orem quién plantea que el autocuidado “es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Orem, 1991).

La autora divide el autocuidado en dos perspectivas, que por diferentes caminos buscan un mismo fin u objetivo (Orem, 1991): 1) el autocuidado individual, en el que uno es el gestor y 2) el autocuidado colectivo, en el que las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, procuran un medio físico y social afectivo y solidario procurando el bienestar común (Tobón, 2003). Para este último caso, Orem propone la teoría de los "sistemas de cuidado colaborativos" que se conceptualizan como un todo único en el que cada miembro tiene demandas o hace contribuciones al sistema (Conesa *et al.*, 2017).

Orem identifica que existen diversos aspectos sobre autocuidado que deben ser explorados y fomentados por el personal de salud para poder garantizar su cumplimiento. Naranjo *et al.* (2017) puntualiza que dentro de estos aspectos se encuentran:

- La agencia de autocuidado, es la capacidad que los individuos deben desarrollar para participar en su propio cuidado.
- La toma de conciencia sobre el propio estado de salud, en la que la persona aprovecha su experiencia, las normas culturales y de conductas aprendidas para tomar decisiones. Esta conciencia es un pensamiento racional en el que debe existir un deseo y compromiso para continuar con el plan asignado por el médico.
- Las limitaciones que son las barreras que existen para que el autocuidado sea posible.

- El aprendizaje del autocuidado, que es el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente.

Naranjo *et al.* (2017) especifica que existen acciones de autocuidado orientadas externamente y se ven reflejadas en acciones como son:

- 1) La búsqueda de conocimientos;
- 2) La búsqueda de ayuda y de recursos;
- 3) Las acciones expresivas interpersonales;
- 4) Las acciones para controlar factores externos.

Las acciones de autocuidado orientadas internamente, dentro de las que se encuentran las que promueven recursos para controlar los factores internos, y las que buscan el control del sí mismo (pensamientos, sentimientos, orientación) (Naranjo *et al.*, 2017).

Orem (citada en Naranjo *et al.*, 2017) recalca que cuando existe el déficit de autocuidado, una persona o grupo pueden funcionar como un sistema que ofrece a la persona necesitada un cuidado: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y/o de apoyo educativo. El personal de salud es uno de los elementos clave de este sistema compensatorio, y cumple funciones de cuidado que promocionan el autocuidado del paciente.

3.3 Las Representaciones Sociales

Las raíces del concepto Representación Social (RS) descansan en la noción de Emile Durkheim de representaciones colectivas. Para Emile Durkheim (2000, citado en Piña & Cuevas, 2004) las representaciones colectivas condensan la forma de pensamiento organizado que impera en una sociedad y que irradia a todos sus integrantes. El individuo se constituye en persona mediante la incorporación de este pensamiento colectivo, constituido por normas, valores, creencias, mitos.

Las representaciones colectivas son el pensamiento social incorporado en cada una de las personas (Piña & Cuevas, 2004).

Sorge Moscovici retoma esta idea y propone el concepto de representación social en su libro "El psicoanálisis, su imagen y su público" en 1961. Moscovici (1979) considera que Durkheim no analizó la pluralidad de formas de organización del pensamiento y que en la sociedad contemporánea, las variantes del pensamiento social son cualitativamente distintas a las de otro tipo de sociedades (Moscovici, 1979, p. 28).

Para Moscovici (1979) "la representación social es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios" (p. 18). Es decir, que las RS son un conjunto de ideas, saberes y conocimientos sobre algo o alguien específico que permiten que cada persona comprenda, interprete y actúe en su realidad inmediata. Estos conocimientos forman parte del conocimiento de sentido común y se tejen con el pensamiento que la gente organiza, estructura y legitima en su vida cotidiana (Piña & Cuevas, 2004).

Las RS no son una calca fiel de lo externo en la mente de los agentes, sino que son un medio para interpretar la realidad, es decir, una reconstrucción individual y social de lo externo. Las RS son un conocimiento práctico que permite explicar una situación, un acontecimiento, un objeto o una idea y por ello, le permite a las personas actuar ante un problema orientando las acciones y relaciones sociales de los miembros de un grupo particular hacia su entorno social y físico con el objeto representado (Piña & Cuevas, 2004).

Piña & Cuevas (2004) resaltan que las RS no solo determinan la acción sino también pueden cambiar las acciones y producir nuevos comportamientos pues son un pensamiento constituido

(porque generan productos que intervienen en la vida social que se utilizan para la explicación y comprensión en la vida cotidiana) y constituyente (porque intervienen en la elaboración de la realidad de la vida cotidiana).

Las RS cumplen una función primordial que es a la vez su principal mecanismo de funcionamiento: hacen que lo desconocido resulte familiar pues al representar un objeto, lo sustituyen por otro más cercano, más conocido para los individuos (Rateau, *et. al.* 2013). Por eso Moscovici (1979) plantea que al estudiarlas debemos identificar ambos elementos: aquello que es desconocido y la metáfora que se utiliza para volverlo algo más familiar. Aquello que se busca representar, y la imagen significativa que sirve para ese propósito (Castro, 2000).

A esta propuesta, Abric (2001) añade que al estudiar las RS se debe encontrar el núcleo central que las compone ya que éste tiene dos funciones: 1) la función generadora, mediante la cual se crea y se transforman la significación de los elementos constitutivos de la representación (son los elementos que le dan valor y sentido) y, la función organizadora que determina los lazos que unen a la representación y la estabilizan, la unifican.

Varios autores han utilizado el concepto de RS para estudiar las nociones populares sobre salud y enfermedad (Castro, 2000). En las áreas de la salud específicamente, el estudio de las RS ha sido muy basto dado que no es posible modificar las prácticas nocivas contra la salud u otros factores de riesgo si no se modifican las RS sobre las que se soporta el imaginario de la población. Es por esto, que para tener la posibilidad de desarrollar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como mejoras en el diagnóstico y tratamiento de los procesos salud-enfermedad, es necesario conocer la comunidad con la cual se trabaja y el cómo explican y representan su mundo (Abric, 2001).

4. Compañeros En Salud y las comunidades de Chiapas (Marco contextual)

4.1 El Estado de Chiapas, la Sierra Madre y la Zona de Trabajo

El Estado Libre y Soberano de Chiapas en México fue creado en 1824, y es un estado con múltiples y variadas vulnerabilidades derivadas de la pobreza y de las características de la población, mayoritariamente de origen indígena que en ella habita, por lo que “históricamente ha tenido un importante rezago en el desarrollo humano y esto ha representado para sus habitantes un elevado costo por la supervivencia” (García *et al.*, 2010, p.116).

Chiapas está dividido en 124 municipios y su capital es también la ciudad más poblada, Tuxtla Gutiérrez. El estado tiene una población total de 5, 543,828 personas de las cuales 1, 459,648 personas hablan una lengua indígena (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021). En este estado, sobreviven 12 de los 62 pueblos indígenas reconocidos oficialmente en México (INEGI, 2021) y es considerado uno de los estados con mayor riqueza cultural y natural en Latinoamérica.

Dentro del estado de Chiapas, una de las zonas de mayor riqueza natural es la Sierra Madre. La Sierra Madre, es una cordillera en Centroamérica que atraviesa el sureste de México, Guatemala, El Salvador y parte de Honduras, es de las sierras más grandes del estado y se caracteriza por ser una franja montañosa con cientos de comunidades pequeñas. La mayor parte de su población es rural y casi 70% se encuentra dispersa en parajes y rancherías de complejo acceso y difícil comunicación (García *et al.*, 2010).

Como parte de la gran Sierra Madre, se encuentra la Región de la Frailesca, que se localiza en la Llanura Costera del Pacífico y la Depresión Central de Chiapas. Esta región se caracteriza por su importante actividad agrícola, en especial por su alta producción de maíz, y es considerada el

granero de Chiapas. La población de la región Frailesca es de 250,705 habitantes dentro de la cual 49.59% son hombres y 50.40% mujeres (Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas [SHC], 2021).

La Región de la Frailesca está conformada por cinco municipios: Ángel Albino Corzo, La Concordia, Montecristo de Guerrero, Villa Corzo y Villaflores. Colinda al norte con las Regiones: Metropolitana y De Los Llanos; al este con la Región Sierra Mariscal; al sur con la Región Istmo Costa y al oeste con la Región Valles Zoque. Su territorio ocupa 798,023.9 hectáreas, que representan el 10.7% de la superficie del estado de Chiapas y es la segunda región de mayor extensión territorial en el estado (SHC, 2020).

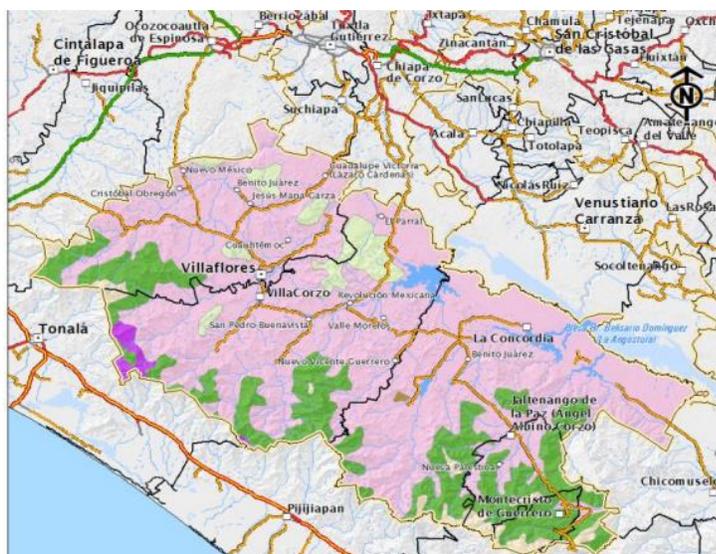


Imagen 1. Tomada de la Secretaría de Hacienda del Estado de Chiapas, 2021.

Esta investigación se realizó en la Región de la Frailesca del lado Este, es decir, en la zona que colinda con la Región de la Sierra Mariscal y específicamente a la altura de los municipios La Concordia y Ángel Albino Corso (zona marcada con círculo rojo en la imagen 1).

La zona de la Frailesca, es una de las más marginadas del país (García, *et al.*, 2010). El índice de marginación (que es la medida-resumen que permite diferenciar entidades del país según el impacto global de las carencias que padece la población) es considerado alto a muy alto, haciendo que el estado de Chiapas, y particularmente esta zona, sea el segundo estado con mayor grado de marginación en el país desde el año 2000. En cuando al nivel de pobreza, la región Frailesca es afectada por 83% de pobreza, 36% de su población vive en pobreza extrema y el 47% pobreza moderada (Consejo Nacional de Evaluación en SHC, 2020).

4.2 El Sistema de Salud en Chiapas

El informe sobre la salud de los mexicanos (ISM) realizado por la Secretaría de Salud (2016), establece que Chiapas es una de las zonas con mayor rezago en acceso a la salud a lo largo de la república, pues existen importantes desigualdades en la distribución de unidades hospitalarias, recursos materiales y de personal (Gómez, 2018; Secretaría de Salud, 2016).

Según este mismo el estado de Chiapas:

- Es la entidad con mayor porcentaje de población viviendo en pobreza del país (más del 75%).
- Es el Estado con menor cantidad de trabajadores de la salud por habitante (médicos, odontólogos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, administrativos y técnico) de toda la república.
- Se encuentra dentro de las seis entidades federativas con menos médicos generales por cada 10,000 habitantes, y la mayoría de éstos están concentrados en las zonas conurbadas. Es el estado con menor número de médicos especialistas en México. Tiene más profesionales de la enfermería que médicos.
- En cuanto a los recursos materiales, Chiapas es el estado de la república con mayor desabasto de recursos y mayor índice de rotación de camas

- Aunado a esto, Aguilar (2016) agrega que Chiapas tiene tasas de analfabetismo y desnutrición infantil muy por encima del promedio nacional y, en Chiapas, continúa creciendo en paralelismo la marginación, la pobreza y la desigualdad.

Estos datos demuestran la escasez de unidades médicas con relación a la población y que su capacidad es sobrepasada a lo potencialmente posible y, por lo tanto, existe una sobreutilización de recursos materiales y humanos generando una sobrecarga para los médicos y el personal de salud disponible que requieren resolver las necesidades y demandas de salud de la población, con recursos muy limitados y un elevado número de pacientes.

En el caso de la Frailesca, las comunidades rurales tienen acceso limitado a los servicios más básicos debido a su dispersión y ubicación remota, a la falta de transporte público y las pobres condiciones de las carreteras. Las personas de esta región sufren innecesariamente por años de enfermedades tratables, como la epilepsia, enfermedades mentales, infecciones, etc. que en ocasiones los llevan a morir por falta de acceso a tratamiento adecuado y oportuno (CES, 2021). Ante este panorama, organizaciones no gubernamentales como CES, se han sumado a los esfuerzos del estado mexicano para promover el derecho a la salud universal brindando servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a las personas en estas comunidades.

4.3 Compañeros En Salud (CES)

La Organización no gubernamental CES (institución con la que trabajamos en colaboración para realizar la presente investigación), labora desde el 2011 en la zona de la Sierra Madre de Chiapas, y se ha comprometido a otorgar servicios médicos de la mayor calidad posible a todas las personas que acuden con necesidades de salud.

En 2011, los doctores Daniel Palazuelos, Lindsay Palazuelos, Hugo Flores y Paul Farmer fundaron Compañeros en Salud (2015) (filiar a Parthners in Health internacional) después de identificar una gran necesidad de servicios médicos de calidad en la Sierra Madre de Chiapas.

Inicialmente, CES empezó trabajando en 2 clínicas en alianza con el gobierno del estado. Sin embargo, en 2012 consiguió sumar esfuerzos con diversas universidades y jóvenes pasantes de servicio social de medicina del norte de México, que se unieron a la organización y comenzaron a atender a otras cuatro comunidades.

Muy pronto, el programa de pasantes empezó a crecer, se abrieron convocatorias a médicos pasantes de todo México, a voluntarios internacionales y a pasantes de enfermería que quisieran colaborar con la misión. Se estableció la oficina central de México en Jaltenango de la Paz, una localidad del municipio Ángel Albino Corzo, Chiapas, y desde ahí, se comenzaron a establecer múltiples programas y servicios que sostienen la infraestructura de la atención y que mantienen a cada pasante supervisado y acompañado durante su servicio social.

Desde la oficina central, se establecieron vínculos con la Casa Materna y el Hospital Básico Comunitario “Ángel Albino Corzo” ubicados en Jaltenango de la Paz, y se fortaleció la labor de estos dos espacios con los recursos humanos (pasantes de servicio social y voluntarios supervisados) y los insumos, materiales, equipos y medicamentos necesarios para proveer una atención de alta calidad.

Actualmente, CES ha rehabilitado 10 clínicas de primer nivel de atención ubicados en localidades de la Sierra Madre que se encontraban con carencias, y las han llevado al máximo potencial de su funcionamiento para atender a pacientes de más de 142 comunidades distribuidas en la zona de la Frailesca y ubicadas en las comunidades de El Letrero y Honduras de la Sierra (Honduras); La

Soledad (Siltepec); Matasano y Capitán Luis A. Vidal (Capitán); Laguna del Cofre (Montecristo de Guerrero); Reforma (La Concordia); Salvador Urbina (Ángel Albino Corzo) y Plan de la Libertad (La Concordia -clínica zona alta y clínica zona baja-).

CES continúa trabajando para cumplir con su visión de “crear un futuro en el que el derecho a servicios de salud de calidad de cada persona esté garantizado” (www.compranerosensalud.mx). Hasta la fecha, ha implementado programas de detección de enfermedades tocando puerta por puerta en las comunidades para hacer estudios de glucosa, presión arterial, tuberculosis, etc. Ha implementado programas de Salud Materna, Salud Mental, Referencias a otros niveles de atención, Cuidados Paliativos, Enfermedades Crónicas, Cirugía y el programa de Acompañantes en Salud.

CES (2019) tiene por objetivo “proveer una opción preferencial para los más vulnerables en salud... (llevando) los beneficios de la ciencia médica moderna a los más necesitados, y (sirviendo) como un antídoto contra la desesperanza” (www.compranerosensalud.mx). La organización busca llevar la atención clínica de salud de alta calidad a las zonas de mayor vulnerabilidad, cumpliendo las esferas del trato digno de los pacientes fundamentadas en los derechos humanos.

Durante su intervención, el equipo CES debe ofrecer a sus pacientes una atención pronta y eficaz (tanto en tiempos de atención, como en acceso a los procesos y recursos necesarios) con un trato respetuoso, holístico y cuidando su autonomía (permitiendo que el paciente acepte o no los tratamientos sugeridos y que pueda elegir, dentro de las opciones de servicio de salud con los que cuentan (como medicina tradicional), aquella atención que se adapte a su cosmovisión.

Debido a la marginación y vulnerabilidad en que vive la población con la que trabajan, el equipo enfrenta enormes desafíos para cumplir sus metas ya que, en la mayoría de las ocasiones, tanto

pacientes como médicos deben lidiar con la falta de infraestructura en el sistema de salud estatal y nacional para acceder a los tratamientos y atenciones necesarias. Navegar por el sistema de salud gubernamental (sacar una cita con un especialista, recibir el tratamiento adecuado u otros requerimientos indispensables para la salud) tiene costos emocionales, económicos y sociales muy altos para los pacientes.

CES intenta no ser un sistema paralelo al sistema de salud y que el paciente tenga que enfrentarse a otra estructura médica incomprensible e inaccesible, sino que busca ser un sistema complementario al estatal que usa los recursos gubernamentales ya existentes (materiales y de personal sanitario) pero los enriquece para que sean funcionales, a través de sumar recursos y estrategias (su personal, medicamentos, programas comunitarios, etc.).

Para cumplir con sus metas, los líderes de CES realizan una fuerte labor de relaciones públicas y vinculación para trabajar en equipo con funcionarios y autoridades públicas. Dos de las áreas más importantes que los líderes de CES deben estar gestionando y atendiendo para garantizar cumplir con sus metas, son los recursos materiales y humanos de los que a continuación hablaremos.

En cuanto a la gestión de recursos materiales, CES busca “establecer relaciones a largo plazo con organizaciones y gobiernos que están en lugares donde hay pobreza”, para cumplir con su misión “médica y moral (que) se basa en la solidaridad y no solamente en la caridad”. Por ello, CES (2021) recurre a los recursos de las instituciones académicas y médicas líderes en el mundo, y a la experiencia vivida de las comunidades más pobres y afectadas por la enfermedad para alcanzar sus metas.

De esta forma, CES tiene alianzas con instituciones educativas, de salud, de la sociedad civil, proveedores privados, activistas nacionales, internacionales y locales que les apoyan a través de

recursos (materiales, intelectuales, económicos, de servicios, etc.), referencias o recomendaciones para participar en concursos, programas y financiamientos que les sustentan.

Por otra parte, CES trabaja en colaboración con el estado. En el caso de Chiapas, el estado provee las instalaciones de las clínicas; vínculos con ciertos hospitales; personal de salud; ciertos insumos (medicamentos y materiales) y capacitación para aplicar programas gubernamentales (como VIH, tuberculosis, influenza, etc.), etc. Sin embargo, pese a que se han encontrado ciertos funcionarios afines a la forma como trabaja CES, los líderes de esta organización también han tenido que sortear diversas situaciones con autoridades estatales que tienen poca voluntad para el trabajo en equipo o tratan con “condescendencia” a la institución (minimizando sus logros, actuando como si hicieran un favor al abastecer de servicios a las comunidades, enviando con irregularidad los recursos materiales y humanos, limitando el acceso a ciertos programas, etc.).

En ocasiones, CES ha sido recriminado por las autoridades por “querer robar sus resultados clínicos” o “querer robar cámara” ante ciertos logros, como lo relató una de las entrevistadas. Los líderes han logrado sobrepasar este clima de rivalidad e inestabilidad que continuamente se establece con el gobierno y, en general, han podido establecer acuerdos que les permiten acceder a los recursos y poder hacerlos llegar a los pacientes.

En cuanto a los Recursos Humanos, CES también busca establecer alianzas para incrementar los resultados en salud en las comunidades. Existen cuatro fuentes principales que solventan los recursos humanos necesarios:

- 1) Sociedad Civil: En la zona de Chiapas, CES ha colaborado con pocas organizaciones de la sociedad civil ya que la mayoría de estas se encuentran situadas en la zona Zapatista de los Altos y no atienden la zona Frailesca o son organizaciones que tienen proyectos asistencialistas en los que van por un corto periodo a realizar labor en la zona, y

posteriormente se retiran. Algunas de las principales aportaciones que la sociedad civil ha ofrecido a CES, es la colaboración en proyectos donde la sociedad civil apoya con personal especializado a CES para cumplir con sus objetivos.

- 2) Voluntariados: Continuamente, CES recibe aportaciones económicas, logísticas o presenciales de voluntarios nacionales e internacionales que retroalimentan su labor. En la mayoría de los casos, estas personas son profesionales o estudiantes de distintas disciplinas de la salud que visitan las comunidades por un tiempo específico (normalmente corto) y que se suman a las jornadas de atención de las comunidades enriqueciendo significativamente las tareas que se realizan. Otro importante voluntariado con el que cuentan, es el local, en el que personas de la comunidad se suman a las actividades que realiza CES. Algunas de las personas voluntarias locales reciben despensas o ayudas económicas (de bajo monto) como retribución por su trabajo, sin embargo, se les sigue considerando voluntarias ya que cargan con múltiples responsabilidades de suma importancia que potencializan la intervención comunitaria.
- 3) Gobierno: La alianza que se tiene con el Estado, también suma significativamente a la labor realizada ya que, el personal de CES colabora directamente en la clínica con el personal que la jurisdicción estatal de salud asigna a cada comunidad. Un importante desafío que se tiene en este tema es que, debido a las políticas y estructuras del Sistema de Salud, en la mayoría de los casos el personal de salud de la jurisdicción tiene mucha rotación o inestabilidad en sus horarios y labores; tienen una gran carga administrativa y una forma de intervenir en comunidad “diferente” a la que CES promueve. Sin embargo, con los años, el personal asignado a la comunidad por la jurisdicción y CES han ido generando lazos importantes que les permiten trabajar en equipo armoniosamente.
- 4) Los pasantes de servicio social de áreas de la salud: el equipo de pasantes es parte de la columna vertebral que sostiene CES y es de suma importancia. En próximos apartados se detallará más ampliamente su participación y reclutamiento.

A través de estas fuentes de recursos, CES Chiapas en la actualidad, está conformado por 256 personas de las cuales: nueve trabajan de forma remota (en la CDMX y EUA); 135 radican en Chiapas (administrativos, supervisores, médicos especialistas, cuidadoras de salud mental, etc.); 25 son pasantes de servicio social de medicina y enfermería; siete son voluntarias nacionales o internacionales y 80 son voluntarias locales (acompañantes de salud) que trabajan desde su comunidad.

Pese a que esta cifra puede parecer grande, la inmensa labor que realiza CES requiere sumar muchas manos más que puedan contribuir. La Directora de la institución, asegura que hacen falta muchas más personas que se comprometan con la labor y que lo quieran hacer en comunidad, es decir, voluntarios y profesionales que, más allá de la telemedicina, tengan deseo de hacer el trabajo viviendo en el contexto directo de la población.

Por otra parte, menciona que un desafío adicional que se tiene para encontrar recursos humanos es la falta de recursos económicos, ya que existe muy poca donación destinada para salarios y prestaciones. Comenta que en la mayoría de los casos, los recursos económicos que llegan a CES son donaciones realizadas por actores externos que tienen sus propias agendas y que etiquetan el presupuesto para ciertos materiales o acciones específicas que impiden cubrir el pago de los recursos humanos.

4.4 Las Comunidades que atiende CES

Pese a que la zona de Chiapas tiende a ser indígena, la mayoría de los pobladores de las comunidades en las que trabaja CES no se reconocen como indígenas, se dedican principalmente a la recolección del café, se declaran autónomos y se guían por usos y costumbres.

Las comunidades se pueden considerar de nueva formación, ya que tienen menos de 30 años de haberse conformado. El origen de éstas fue en los años 80's (siglo XX) cuando, gracias al reparto agrario, se les asignaron tierras a aquellas personas que necesitaban ser reubicadas. Gran parte de la población que vive en la zona, son migrantes pues algunos vienen retornando de EUA (con sus remesas, se asientan construyendo viviendas en la zona) y otras personas vienen de Tapachula o de comunidades más lejanas, escapando de la violencia, de sequías, de la mala siembra o simplemente intentando mejorar su calidad de vida.

En el "tiempo de café" (de enero a mayo) llegan trabajadores estacionales de Guatemala que se suman a la labor y viven por un tiempo en la zona. Estos migrantes hablan muy poco español, sufren discriminación y tienden a ser mal recibidos por las comunidades, ya que en ocasiones pareciera que "les quitan la paz y el trabajo" como lo relató una de las entrevistadas. Otro de los problemas que aquejan a algunas de las comunidades son importantes problemáticas sociales como: violencia de género, delincuencia, uso y abuso de sustancias, trata de personas, tránsito de drogas y otras violencias que vulneran a nuestro país, también están presentes en esta zona y, para algunos de los estudiantes, resultan un estresor que los mantiene vigilantes y atentos ante cualquier eventualidad.

A pesar de estas situaciones, en general las comunidades son tranquilas y los médicos no tienen que lidiar directamente con los peligros que estos problemas conllevan. La mayoría de la población que es atendida en las clínicas, es muy trabajadora, generosa y con una "especial conexión con la tierra y la naturaleza" como lo expresó una de las informantes, lo que les permite vivir en armonía con su entorno.

La convivencia de los estudiantes con la comunidad es continua y, según el modelo de trabajo de CES, vivir dentro de la misma zona busca generar lazos de proximidad entre médico-paciente que

permitan al médico comprender, a mayor profundidad, al paciente, sus condiciones y su toma de decisiones.

En general, la integración de los pasantes con la dinámica de las comunidades tiende a ser buena, los pacientes tienden a escuchar atentamente a los médicos y tienen apertura para recibir sus recomendaciones. Los médicos son invitados continuamente a las celebraciones y considerados como una parte muy importante de la comunidad. Existen pocos casos en los que se han registrado casos de violencia o rechazo de parte de la comunidad a la presencia del pasante, pero sí han llegado a existir incidentes de acoso o descontento por la labor que los médicos realizan (rechazo a las medidas tomadas en el marco de la pandemia por el COVID-19, ingresos hospitalarios, pláticas de planificación familiar, etc.).

4.5 Los pasantes de servicio social en medicina y CES

En el caso de los pasantes de medicina, que son nuestros sujetos de estudio, la coordinadora de atención primaria de CES, menciona que se busca que sean estudiantes destacados en sus universidades; que sean afines a los valores y principios de la institución; que, de preferencia, hayan realizado algún voluntariado o intervención con población vulnerable durante su formación; que sean personas comprometidas con la ética en el trabajo con pacientes y que sean médicos que prioricen la calidad humana durante sus intervenciones.

Para el reclutamiento de pasantes, se lanzan varias convocatorias al año a través de las redes sociales de CES, de los buscadores digitales de trabajo y del área de servicio social de las Universidades con las que tienen convenio, principalmente la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (TEC). El área encargada dentro de CES, realiza pláticas informativas en las universidades que se lo soliciten, busca espacios para invitar a la mayor cantidad posible de estudiantes, y solicita apoyo a los

egresados para que informen a otros colegas sobre las vacantes. Aquellas personas que están interesadas, contactan a CES e inician su postulación.

Durante el proceso de selección, se solicitan los documentos, su Curriculum Vitae y carta de motivos a cada aspirante; se seleccionan los perfiles más afines a la institución y se realizan de 2 a 3 filtros a través de entrevistas. Normalmente, el número de candidatos duplica el número de las vacantes ofrecidas, sin embargo, debido a la pandemia de el COVID-19, en el año 2021 únicamente se recibieron 10 postulaciones para 9 vacantes.

Posteriormente, se agenda la primera entrevista que se realiza con las líderes de la institución. Para las siguientes entrevistas, se solicita apoyo del personal médico operativo (supervisores, áreas de salud mental, responsables de diversos programas, etc.) con quienes tendrán el mayor contacto, para corroborar el perfil del candidato, analizar su posible adaptación a las condiciones de la sierra y validar si tiene afinidad con el equipo de trabajo y la cosmovisión de las comunidades. Finalmente, se eligen 12 pasantes de medicina de los cuales, nueve son asignados a comunidad y tres se quedan en Jaltenango trabajando en el hospital y en la clínica materna.

La decisión sobre a qué comunidad irá cada pasante es tomada por el equipo de CES y es una de las tareas más importantes pues, de esto, puede depender el éxito del trabajo que realice el pasante. Para ello, las coordinaciones de CES han realizado un perfil de comunidades que retroalimentan continuamente (cultura, perfil de usuarios, necesidades, etc.) e intentan alinear estos perfiles con la personalidad de los estudiantes, que fueron explorados durante las entrevistas. Cuando se notifica a los pasantes sobre su aceptación al programa, se les da algunas semanas para culminar sus trámites educativos y preparar su viaje.

A la llegada a Jaltenango, cada médico es recibido por su supervisor y es bienvenido por el equipo. Se realiza una primera capacitación grupal de tres días en las oficinas de Jaltenango y se les introduce a la cultura y realidad de Chiapas. Posterior a esta capacitación, los médicos suben a la sierra y comienzan su labor.

En comunidad, los pasantes normalmente viven en una habitación con familias que los acogen, en una casa independiente o en espacios de las clínicas (espacios asignados para farmacia, bodega, clínicas antiguas, etc. que se acondicionan para el estudiante). En todos los casos, los pasantes cuentan con los servicios necesarios (luz, agua, baño, cocineta o cocina, etc.) para su bienestar, sin embargo, también existen algunas limitaciones en cuanto a cantidad del espacio, acceso a internet, señal de teléfono, agua caliente u otras comodidades a las que los estudiantes pudieran estar acostumbrados.

Habiéndose instalado en el espacio asignado, los pasantes son recibidos por el médico saliente de la comunidad; tras aproximadamente cinco días de capacitación directa, el médico saliente intenta que el nuevo pasante se apropie de los procesos y los casos más relevantes de la comunidad. Posteriormente a esto, los nuevos pasantes despiden a sus compañeros salientes y se quedan a cargo de la clínica.

Dentro de las responsabilidades que los médicos deben realizar, se encuentran: tareas administrativas, visitas domiciliarias, consulta de pacientes, triage de pacientes, seguimiento a casos especiales, supervisión a las tareas del equipo que trabaja en la clínica y de las auxiliares, pláticas informativas a la población para la prevención y atención de enfermedades, seguimiento al Programa de Derecho a la Salud, etc.

El Programa de Derecho a la Salud, es uno de los proyectos más importantes para CES pues está completamente alineado a su misión y las actividades para lograrlo, en la mayoría de los casos, son las que más tiempo toman a los médicos. CES asegura que “cuando (los) pacientes están enfermos, (el) equipo hará lo que sea necesario para que encuentren alivio, como lo haríamos si se tratara de un miembro de nuestra familia” (Compañeros en Salud, 2015), es por ello, que el objetivo del Programa es mitigar lo más posible los costos emocionales y económicos de los pacientes mientras navegan en el sistema de salud.

Dentro del Programa de Derecho a la Salud, cuando un médico identifica un caso crítico, notifica a la oficina central para que en conjunto (médico, oficina y paciente), generen estrategias que permitan al paciente acceder a la atención que requiera sin importar las barreras de distancia o logística que pudieran existir. De esta forma, médicos y equipo CES, deben llenar múltiples formatos y seguir procesos para gestionar citas, proveer de recursos económicos para transporte, comida, lugar de descanso y asesoría a los pacientes y sus familiares acompañantes. La organización procura que el paciente sea físicamente acompañado por un especialista (frecuentemente es el médico pasante de su comunidad) mientras navega por el sistema de salud, de esta manera, el especialista muchas veces lo acompaña a las citas y múltiples gestiones que pudieran hacer falta hasta llegar a la atención requerida para garantizar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado del paciente.

Lo anteriormente mencionado no siempre se logra con el éxito que se quisiera, sin embargo, los directivos de CES se muestran convencidos en seguir buscando opciones para lograrlo. Una de las acciones que se ha puesto en marcha con el fin de que toda la población acceda a la salud, fue incrementar el personal dentro de cada una de las clínicas comunitarias (anteriormente en cada clínica sólo se contaba con el pasante de medicina y, en ocasiones, una persona de enfermería o auxiliar (casi siempre asignados por la jurisdicción).

Sin embargo, a partir de Marzo 2020 esto cambió debido a que durante la pandemia del SARS-CoV-2 aumentó significativamente la carga de trabajo en las clínicas de CES; se cerraron centros de salud cercanos a las comunidades; algunos profesionales de la salud fueron reubicados en áreas COVID y muchos de los pacientes regulares, con enfermedades crónicas, embarazos u otras necesidades quedaron sin seguimiento.

Ante este escenario, en menos de dos meses, CES logró conseguir recursos para aumentar el personal que labora en las clínicas y se posicionó al médico pasante como el líder de cada clínica y equipo. En la actualidad, la cantidad de personas que laboran en las clínicas varía de acuerdo a la jurisdicción de salud, a las necesidades de la comunidad y a otras variables; sin embargo, durante el 2021, en las clínicas más completas se pudieron encontrar: un médico pasante; una persona de enfermería de la Secretaría de Salud o IMSS; una auxiliar de la salud (persona de la comunidad que trabaja específicamente en el TRIAGE para detectar casos de COVID) y una enfermera comunitaria (financiada por proyectos CES para la atención al COVID).

Adicional al personal mencionado, se reciben continuas visitas de voluntarios que apoyan en algunas tareas específicas; de personal de otras áreas (salud materna, salud mental, etc.) y; cinco días al mes, asiste a comunidad uno de los tres supervisores clínicos que buscan acompañar emocional, logística y profesionalmente al pasante y a sus pacientes.

Algunas de las ventajas que ofrece CES para que los pasantes realicen su servicio social con ellos son:

- Experiencia de vida; CES y sus pasantes reconocen que la labor que se realiza en la sierra es una experiencia que marca sus vidas significativamente. Trabajar en ambientes rurales, estar cerca de las personas a las que se sirve en la cotidianidad y pertenecer a

una institución que tiene una ideología de servicio enfocada en los derechos humanos tiende a generar un impacto muy grande, tanto profesional como personalmente en los estudiantes.

- Acompañamiento en sitio; los pasantes cuentan con un acompañamiento que debe ser cálido y humano de parte de diversos médicos que les visitan para realizar supervisiones clínicas, atender pacientes críticos y acompañarles emocional y profesionalmente ante situaciones críticas. CES busca que todos los acompañamientos realizados se distingan significativamente de las supervisiones realizadas por el modelo tradicional de sistema de salud en el que muchas veces se priorizan estrategias de autoritarismo y castigo para la enseñanza.
- Acompañamiento remoto; médicos privados con convenio, voluntarios y el equipo CES nacional e internacional se encuentran al tanto de las necesidades que puedan tener los pasantes y se pueden agendar videollamadas con ellos para asesorías, supervisiones, etc. De esta forma los pasantes de medicina aprenden de diversas áreas, y desarrollan habilidades acompañados por especialistas líderes en su campo.
- Atención a la salud mental; la Coordinación de Salud Mental de CES realiza tres pruebas diagnósticas (al ingresar a la pasantía, a los seis meses y al terminar) que evalúan la calidad de la salud mental de cada estudiante y detectan cualquier condición que requiriera ser atendida. En caso de identificar alguna vulnerabilidad en la salud mental a través de las pruebas o, si el pasante lo solicita, CES ofrece el pago de las primeras cinco consultas que se tengan, algún servicio de psicología o psiquiatría con la que se tenga convenio. Si el pasante desea continuar su terapia, CES facilita el trámite aunque los costos deberán ser cubiertos por el interesado.
- Diplomado de medicina global y medicina social; este diplomado se imparte un fin de semana cada mes en Jaltenango, es asesorado por la Universidad de Harvard y es avalado por el TEC de Monterrey. Durante el diplomado, los estudiantes aprenden temas

de intervención comunitaria, de derechos humanos, salud mental y otras especialidades que enriquecen su formación y Curriculum Vitae.

- Vinculación con diversas instancias y profesionistas: CES es una organización internacional que tiene relaciones cercanas con voluntarios de todo el mundo y universidades como Harvard, la UNAM, el TEC y otras. Los pasantes de medicina pueden solicitar asesoría a sus líderes para acercarse a estos vínculos y buscar posibles apoyos como supervisiones, becas, cartas de recomendación, posgrados, estancias, etc.
- Seguridad; CES se preocupa constantemente por la seguridad de cada uno de sus colaboradores, por ello, las coordinaciones se mantienen monitoreando, a través de las familias y vínculos directos, a los pasantes que se encuentran en comunidad. Por otra parte, ante situaciones como la pandemia del COVID, CES distribuyó inmediatamente a su personal el equipo de protección y la capacitación necesaria para hacerle frente al virus, pese a que el Estado tardó todavía meses en asignar recursos para estos fines.
- Días de reposición; debido a la distancia y a la necesidad, los médicos pasantes deben trabajar tres semanas seguidas en comunidad (incluyendo fines de semana y días feriados en los que la clínica atiende emergencias). Sin embargo, la última semana del mes, los pasantes bajan a Jaltenango el fin de semana para recibir su diplomado de dos días y convivir con sus compañeros, el siguiente lunes tienden a quedarse en el pueblo para realizar gestiones administrativas en jurisdicción y posteriormente tienen cuatro días de descanso por reposición de los domingos laborados (estos días los estudiantes tienden a viajar y descansar). De esta forma, los pasantes pasan aproximadamente siete días al mes con sus demás compañeros fuera de la rutina y tienen oportunidad de disfrutar de las bellezas de Chiapas o visitar a sus familias.
- Remuneración económica; la plaza que cubren los pasantes durante su servicio social es compartida. CES incrementa el pago mensual de Secretaría de salud que reciben los pasantes para que sus ingresos mensuales totales sean de aproximadamente \$3000.

- Capacidad resolutive; otra de las grandes ventajas que tiene CES tanto para los pasantes como para los pacientes, es su programa de referencias, en el que se busca generar una estructura que acompañe al médico y paciente a que accedan a los apoyos necesarios para que puedan llegar a los niveles de especialidad que se requieran. Esta capacidad resolutive descarga responsabilidades en los médicos pasantes que no deben o pueden ser atendidas en la clínica debido a las condiciones o al nivel de expertos requerido. Por otra parte, enriquece el nivel de profesionalismo y compromiso de los estudiantes con cada caso humanizando los procesos y su enseñanza.

Pese a que todas estas ventajas se ofrecen a los pasantes, también es importante reconocer que la carga laboral es alta (en cuanto a número de pacientes, casos críticos, cantidad de programas que se centran en los pasantes, etc.); la responsabilidad y los desafíos que suponen vivir en zonas marginadas como la sierra pueden generar ciertas desventajas que propician desgaste y agotamiento en los médicos.

5. Diseño Metodológico

El presente trabajo se desarrolló en el marco del proyecto “Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria”⁴ (Anexo 1). Al ser parte de este proyecto, se contó con el apoyo de la Organización de la Sociedad Civil, Compañeros En Salud en el estado de Chiapas. El trabajo de campo se realizó entre los meses de marzo y octubre del 2021.

5.1 Diseño de la Investigación

Debido a que existen muy pocos estudios que exploren y analicen el tema del cuidado y autocuidado desde la perspectiva del personal médico, se decidió realizar un estudio cualitativo con el fin de profundizar en la comprensión del problema de estudio desde el punto de vista de los interlocutores. El enfoque cualitativo ofrece una serie de procedimientos sistemáticos que se orientan a reconstruir la realidad tal y como la observan los participantes del sistema social. Por ello, este enfoque nos brindó las herramientas necesarias para que los sujetos tuvieran una participación activa durante el desarrollo del proceso investigativo y nosotros pudiéramos observar, de forma integral, la realidad social establecida en la que se desenvuelve el personal médico para revelar significados y conocer cómo explican su realidad en término de cuidado y autocuidado de la salud (Tarres, 2001; Hernández *et al.*, 2010).

Gracias a que la metodología cualitativa no es rígida en su construcción, contamos con la flexibilidad (Hernández *et al.*, 2010) necesaria para mantener el diálogo constante entre las fases

⁴ Proyecto aprobado con los siguientes folios:
Instituto Nacional de Salud Pública: CI-895-2018.
Comité de Ética en Investigación del INSP: CI: 005
Comité de Bioseguridad del INSP: CB19-005
Comisión de Bioética de la SS del Estado de Chiapas: 5003/7251
Comité de ética de la Facultad de Medicina: CEI/005/2020

de la investigación y se pudo ir adaptando el estudio a las condiciones que se presentaron hasta lograr “encarar el mundo empírico” (Taylor & Bogdan, 1987, pág. 19). Así mismo, nos permitió comprender de manera más profunda las percepciones e interpretaciones que expresa el personal médico sobre su propia experiencia en el cuidado y autocuidado de la salud (Tarres, 2001).

Dentro de los múltiples enfoques que la investigación cualitativa tiene, en el presente trabajo se eligió abordar el fenómeno desde las representaciones sociales (RS) ya que éstas nos permiten conocer el “corpus organizado de conocimientos (...) [con el que] los hombres hacen inteligible la realidad” (Moscovici, 1979, pág. 18), esto es, con el que el personal médico comprende su cotidianidad.

Se retomó, por un lado, la propuesta de abordaje que hace Moscovici en 1979 en la que se privilegia el aspecto cognoscitivo y comunicacional; y por otro lado, el abordaje de la tradición weberiana que concibe la RS como producto de la interacción intersubjetiva socialmente construida. De esta forma, la RS como estrategia metodológica nos permitió acercarnos al conocimiento del imaginario colectivo (desde Durkheim) y al sentido mentado de la acción en el personal médico para abordar cuestiones de cuidado y autocuidado de la salud (Weber, 1921/1985 citado en Weisz).

Para acceder a las RS, es decir, la construcción social y la comprensión e interpretación del cuidado y autocuidado de la salud por parte del personal médico, fue esencial reconocer que durante la investigación no se trataba simplemente de recoger información, sino que las RS surgían como resultado del proceso de co-construcción entre el investigador y los participantes (Wisz, 2017). Por lo tanto, fue imprescindible priorizar el vínculo dialógico entre sujetos en todo momento de la interacción (Wisz, 2017) y acercarse a los médicos con la intención de capturar sus

conocimientos y experiencias personales con el fin de comprender el significado que el mundo tenía para ellos (Husserl, 1986 en Gaviria, 2012).

Como investigadores, nos acercamos a las experiencias del personal médico intentando tener libertad de prejuicios, confiamos en la intuición y en la imaginación para aprehender la experiencia de los participantes, y, contextualizamos las experiencias en términos de su temporalidad, espacio, corporalidad, y contexto relacional (Salgado, 2007).

5.2 Población y Muestra

Se realizó un muestreo cualitativo de casos-tipo (personal médico en áreas rurales). A este respecto, Hernández *et al.* (2010) recalca que el uso de muestras de casos-tipo es frecuente y conveniente cuando se propone analizar valores, ritos y significados de un determinado grupo social ya que de ellos se puede obtener riqueza, profundidad y calidad de información.

Las muestras cualitativas deben construirse con cierta flexibilidad, ya que, durante la investigación se van evaluando y redefiniendo permanentemente.

El tamaño de la muestra fue guiado por los siguientes criterios: (Hernández *et al.* 2010)

- La capacidad operativa de recolección y análisis que se basó en los recursos de tiempo, personal y logística de los que se dispuso
- El número de casos necesarios para comprender el fenómeno. No se buscó la generalización, más bien, entender en profundidad el fenómeno para encontrar las RS del cuidado y autocuidado del personal médico. Para ello se recurrió al principio de saturación teórica.

En cuanto a la selección de los participantes, en esta investigación se siguieron tres criterios de inclusión que fueron:

- Personal médico perteneciente a la organización civil CES y que estuvieran registrados como colaboradores de la zona de la Frailesca de Chiapas.
- Personal médico realizando su servicio social en medicina general bajo la supervisión de CES en localidades rurales.
- Que aceptaran participar en el estudio

Se realizaron 18 entrevistas a personal médico dividido en tres grupos. Las características se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.

Características de los interlocutores. Personal Médico de CES, Chiapas, 2021.

	Grupo 1 Actoras Clave	Grupo 2 “Pasantes de servicio social finalizando”	Grupo 3 “Pasantes de servicio social iniciando”
Número de entrevistas	3	9	6
Tiempo que llevan en CES al momento de la entrevista	2 a 5 años	7 pasantes –11 meses 2 pasantes – 3 meses	5 pasantes–3 semanas 1 pasante – 6 meses
Puesto	1 directora CES 2 coordinadoras de programas	Pasantes de servicio social en medicina	Pasantes de servicio social en medicina
Género	3 mujeres	8 mujeres 1 hombre	2 mujeres 4 hombres
Edad	27 – 33 años	22 – 25 años	20 – 25 años

Fuente: elaboración propia

5.3 Ubicación espacial y temporalidad del estudio

El estudio se realizó en Chiapas, en localidades de la región de la Frailesca donde CES administra 10 clínicas de salud de primer nivel de atención. El estudio fue de tipo transversal (Hernández *et al.*, 2010), participó personal médico que labora en CES. Conociendo las dificultades logísticas debidas a la zona de trabajo y a la pandemia generada por el COVID que se mantuvo activa durante el tiempo de recolección de la información (2021) se realizaron entrevistas online a lo largo de un semestre, priorizando agendar cada encuentro de acuerdo con las posibilidades de los interlocutores.

5.4 Técnicas y herramientas de recolección de información

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas al personal médico para conocer su percepción, conocimientos, significados y experiencias del cuidado y autocuidado, ya que ésta es una de las técnicas que más facilita la construcción de una RS y la identificación de su núcleo (Abric, 2001) pues, al ser un proceso dinámico en el que ambos interlocutores (investigador y sujeto) participan activamente, ayuda a preservar la riqueza y profundidad que tiene el discurso de los sujetos (Moscovici, 1979; Jodelet, 2003).

Se eligió la entrevista semi-estructurada ya que es una de las técnicas más útiles y clásicas para acceder a los conocimientos y experiencias que tienen los sujetos sobre algún tema (Cuevas, 2016). A través de una guía semi-estructurada, se indagaron los temas específicos para dar cuenta de nuestro objeto de estudio y, a través de la flexibilidad que ofrece, se pudo cambiar el orden de los temas, demandar ciertas aclaraciones al entrevistado y generar nuevas preguntas durante el flujo de la conversación (Hernández *et al.*, 2010; Cuevas, 2016).

Debido a complicaciones derivadas de la pandemia del SARS CoV-2, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se transformaron en el medio obligado sobre el cual se reestructuraron las prácticas sociales obligando a docentes e investigadores a re-pensar sus intervenciones y actividades (Moreira & Giadas, 2021). Es por ello que en la presente investigación se optó por realizar las entrevistas a través de videollamadas grabadas utilizando la plataforma digital Zoom.

Henríquez (2002) recalca que el uso de recursos digitales para la aplicación de entrevistas, abre un amplio panorama a la investigación social para obtener información de primera mano a través de tener un espacio no físico en el que también se dan interacciones. Las entrevistas online como técnica de recolección de información tiene características particulares que pueden complejizar la recolección de la información como: dificultades técnicas con la conectividad, la posibilidad de que el entrevistado se encuentre realizando otras actividades en simultáneo, dificultad para el establecimiento del rapport, pérdida de comunicación no verbal que ofrece la corporalidad, carencia de elementos contextuales que se obtienen a través de compartir una locación física espacial con el entrevistado, etc. (Moreira & Giadas, 2021).

Pese a las dificultades mencionadas es importante reconocer que el ciberespacio es una “supercarretera de la información” (Henríquez, 2002 p.76) que permite que distintas personas alrededor del mundo puedan contactarse y sentir la presencia de otras personas, aunque se esté solo sentado frente a la pantalla (Henríquez, 2002). La existencia del ciberespacio implica nuevas formas de interacciones que nos permiten ampliar el campo de acción para la investigación (Moreira & Giadas, 2021), la elección de entrevistas online nos permitió reducir tiempos, recursos y distancias; generar nuevos elementos de análisis como emojis, mensajes sin contestar, mute, cortes de llamadas, etc. (Henríquez, 2002) y tener acceso a información de expresiones faciales,

cambios de tono, y lenguaje no verbal que se recibieron a través del uso de la cámara (Moreira & Giadas, 2021).

En nuestro caso, a través de la entrevista online y la interacción que se dio en el ciberespacio, se recopiló información que nos permitió conocer el universo de pensamiento del personal médico acerca de: 1) los conocimientos, significados y experiencias que tienen del cuidado y el autocuidado, y 2) el espacio, lugar, tiempo y cultura en el que están inscritos (Grize, 1993; Cuevas, 2016) los médicos y desde dónde se construyen sus RS.

En cuanto a la herramienta de recolección de información, se utilizó una guía de entrevista semi-estructurada (Anexo 2). Los ejes de análisis (Cuevas, 2016) que se consideraron para elaborar la guía de entrevista semi-estructurada fueron:

- Las condiciones de producción de las RS a través de las cuales intentamos recuperar aspectos de orden social, institucional e histórico que dieron lugar a la elaboración de la RS.
- El campo de información, relacionado con la organización de conocimientos que el personal médico tiene del cuidado y del autocuidado
- El campo de representación, que comprende los significados que el personal de salud le asigna al cuidado y al autocuidado (juicios, tipologías, creencias, elementos culturales, entre otros)
- El campo de la actitud, que se conforma a partir de la información que se comparte con el grupo y los significados que le son atribuidos al objeto de representación social (cuidado y autocuidado) en el que se adoptan posturas y se ejercen acciones. (Jodelet, 1989 y Moscovici, 1979 citados en Cuevas, 2016)

Habiendo realizado la guía de entrevista, se realizó una prueba piloto del instrumento en dos líderes de CES para revisar la calidad y claridad de las preguntas y se ajustó de acuerdo con los resultados obtenidos.

5.5 Procedimiento llevado a cabo para el trabajo de campo

Formalización del vínculo de colaboración

Inicialmente se formalizó el vínculo de colaboración con CES a través de un oficio dirigido por la FESC-UAEM a la dirección de CES. Posterior a esto, se estableció que el contacto para realizar la investigación sería la Coordinadora del Área de Salud Mental (CSM) de CES que fue la asignada para dar seguimiento al proyecto y con la que se generaron las estrategias a seguir.

Gestión y contacto con los sujetos de investigación

En función de la dinámica de trabajo de CES con los pasantes de servicio social, se decidió conformar dos grupos uno, con quienes concluían su servicio social el 30 de agosto y otro, con los que iniciaron el primero de septiembre. Esta estrategia permitió tener más informantes.

El primer grupo de entrevistas estuvo conformado por personal médico que laboró en las comunidades CES durante el mes de julio del 2021. Se contó con la colaboración de siete médicos pasantes de servicio social que estaban terminando su período y llevaban once meses trabajando en comunidad y, otros dos pasantes que iniciaron tardíamente su servicio y tenían tres meses de haber ingresado.

El segundo grupo se compuso por seis pasantes que ingresaron en septiembre a realizar su servicio social en clínicas operadas por CES. Adicionalmente, a este grupo se agregó una pasante que llevaba seis meses de servicio social trabajando en la clínica materna de Jaltenango pero que, debido a gestiones internas de la organización, fue reasignada para cubrir una de las plazas en

comunidad donde termina su año de servicio social. En todos los casos de este grupo, las entrevistas fueron realizadas cuando los pasantes llevaban entre tres y cuatro semanas trabajando y viviendo en la comunidad.

La gestión y comunicación con los pasantes de ambos grupos se llevó a cabo de la misma forma. El primer contacto fue una presentación de 10 minutos a través de videollamada con el grupo de los pasantes que se encontraban participando en su capacitación mensual en las oficinas centrales de CES en Jaltenango, Chiapas. La CSM coordinó la videollamada y habló sobre la importancia de este proyecto para CES; la investigadora se presentó y explicó los principales objetivos; se invitó a los pasantes a participar; se habló sobre el procedimiento para realizar la entrevista y se revisó el contenido del consentimiento informado (Anexo 3). Al finalizar la videollamada, la CSM entregó los consentimientos informados a los pasantes y solicitó que, quienes estuvieran interesados en participar, los leyeran, firmaran y los entregaran al área de Salud Mental.

A los pocos días de haber concluido la presentación, la CSM hizo un grupo en WhatsApp en el que se incluyó a todos los sujetos y a la investigadora. A través de este grupo se hizo el primer contacto con los pasantes y posteriormente se les fue escribiendo individualmente a cada uno para agendar la entrevista en el horario que se facilitara más a los pasantes. Únicamente se les solicitó que para realizar la videollamada contaran con un dispositivo electrónico, conectividad a internet y un espacio cómodo y privado.

La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en horario nocturno al terminar su jornada laboral o de capacitación.

Recolección de la información

Debido al tercer despunte de la pandemia de COVID en la zona de la Sierra Madre, las actividades de movilidad de CES fueron limitadas por protección (se evitó visitar comunidades). Ante esta situación, todas las entrevistas fueron realizadas de manera remota por videollamada a través de la plataforma digital Zoom.

Tras revisar diversas opciones se decidió utilizar la plataforma de Zoom. Pese a que se presentaron algunos inconvenientes, se logró realizar la totalidad de las entrevistas programadas.

Durante la entrevista se abordaron todos los temas planteados en la guía semi-estructurada previamente elaborada. Al finalizar cada videollamada se envió un WhatsApp agradeciendo nuevamente la colaboración de cada pasante y poniéndonos a sus órdenes en caso de poder apoyarles en algo. Para concluir el proceso de entrevistas, se enviaron mensajes de agradecimiento a la CSM, y actores clave que apoyaron la investigación, comprometiéndonos a entregar los resultados en próximas fechas.

Durante la recolección de la información, se encontraron los siguientes desafíos consecuentes a la pandemia, la virtualidad de las entrevistas y los procesos propios del proyecto:

- Comprender la complejidad del contexto en el que se desenvuelven los pasantes sin poder hacer una visita presencial a la zona ni conocerles físicamente. Ante esta situación, la lectura de documentos, revisión de videos de la institución, películas sobre CES, testimonios y experiencias previas de la investigadora, ayudaron a tener un acercamiento al contexto y la información recabada durante las entrevistas.
- La posible imposición del proyecto a los sujetos debido a que la entrevista para los pasantes podía suponer una actividad más que las coordinaciones de CES les solicitan. Se temía que

los estudiantes no lograran comunicar abiertamente sus opiniones o que sintieran que su participación era obligada debido a que era una actividad propuesta por las coordinaciones y dirección de CES. Ante este desafío, ayudó mucho el rapport, la continua comunicación y el hecho de que las coordinaciones de CES fomentaron la participación a través de la motivación y el compromiso social, pero recalcaron continuamente que esta actividad no era obligatoria.

- Establecer rapport únicamente a través de medios digitales, sin visitar. El tema trabajado en esta investigación tiende a tocar temas que pueden resultar sensibles para los entrevistados por lo que se gestionaron tres estrategias para establecer rapport a través de medios digitales.
 - 1) Presentación de la investigadora durante un curso de capacitación CES mediante videollamada, compartiendo brevemente su experiencia previa en zonas rurales trabajando como psicóloga en comunidades similares a las atendidas por CES.
 - 2) Contacto WhatsApp antes y después de la entrevista para mantener abierta la comunicación y mostrando flexibilidad para expresarse libremente sin ser juzgado o penalizado por reagendar u olvidar las fechas.
 - 3) La búsqueda de vías alternas de comunicación durante la entrevista previniendo mala conexión durante la entrevista que pudiera generar la sensación de no poder “comunicarse bien” con el otro. Para ello, se mostró disposición para escucharles a través de cualquier dispositivo y a cualquier hora en la que contaran con buena conectividad.

Finalmente, algunos de los beneficios que se encontraron ante la realización virtual de la investigación fueron:

- 1) La adaptabilidad de horarios y lugares de acuerdo a las preferencias de los pasantes.
- 2) La comodidad y costumbre de los pasantes en el uso de las plataformas digitales ya que toda la comunicación se realizó a través de WhatsApp y Zoom. Los pasantes están

acostumbrados a expresarse y comprender a los otros a través de estas plataformas pues con ellas se conectan continuamente con sus seres queridos y colaboradores.

- 3) La posibilidad de grabar imagen y video fácilmente gracias a los servicios gratuitos de la plataforma elegida.
- 4) El significativo ahorro en tiempos, recursos materiales y humanos para las gestiones.

5.6 Procesamiento de la información y análisis

Inicialmente se transcribieron las entrevistas de forma literal en el procesador de textos de Word. El procesamiento y análisis de la información se realizó de manera artesanal (Cantero, 2018).

A continuación se realizó la interpretación de las entrevistas que es una lectura de los hechos, acciones y discursos de los actores para develar los significados que hay detrás (Geertz, 2005). Al interpretar establecimos relaciones de significado es decir, al interpretar el proceso empírico observamos los detalles, la asociación de los significados, la realización de las inferencias, para comprender que los hechos, los significados, las instituciones y los sujetos (Martínez, 2006).

La identificación e interpretación de las representaciones sociales se realizó a través del enfoque procesual que plantea Cuevas (2016) y se atendieron las siguientes etapas:

1.- Familiarización con los datos empíricos y la identificación de temas recurrentes en el discurso a través de una lectura profunda y repetida de las entrevistas (Taylor & Bogdan, 1987).

2.- Relectura con el propósito de registrar en una lista los temas, las palabras, las emociones reiteradas que expresan los entrevistados a través de subrayar fragmentos recurrentes (Rodríguez, *et.al*, 1999).

3.- La construcción de categorías de análisis provisionales y el vaciado de los datos en una matriz con el título de las categorías, los fragmentos de las entrevistas e interpretaciones (Cuevas, 2016).

Las precategorias consideradas fueron:

- Conocimientos acerca del autocuidado, el cuidado de sí y el cuidar de otros
- Valores sobre el autocuidado en la vida cotidiana y profesional
- Valores sobre autocuidado en el enfrentamiento a situaciones difíciles (redes de apoyo, prevención, adicciones, medicalización, etc.)
- Creencias y acciones para el autocuidado individual y colectivo
- Acciones para el autocuidado (recreación, descanso, alimentación, ejercicio, salud mental, etc.)
- Conocimientos y valores sobre el cuidado en la labor médica
- Aprendizaje sobre el cuidado y autocuidado en la formación médica.
- Relación del autocuidado con la capacidad para cuidar en la labor médica

4.- La consolidación de las categorías de análisis que fueron codificadas con un enfoque axial en el que el eje central fue el “Cuidado en médicos” y de ahí se jerarquizaron las 3 aristas del cuidado (cuidar de otros, ser cuidado y cuidar de sí) y a su vez las 3 dimensiones del cuidado (moral, emocional y físico). En nuestro caso, las categorías identificadas fueron:

- Dimension moral del cuidado
- Dimensión emocional del cuidado
- Dimensión física del cuidado
- Dimension moral del autocuidado
- Dimensión emocional del autocuidado
- Dimensión física del autocuidado
- Relación del autocuidado con la capacidad para cuidar en la labor médica

5.- Redacción de los resultados a través de sustraer y organizar el contenido de cada categoría (Cuevas, 2016).

6.- La relectura de los resultados a partir del marco de referencia que es la teoría de las representaciones sociales y los datos de origen documental y bibliográfico revisado previamente (Cuevas, 2016). En esta etapa, mediante el círculo hermenéutico (que es el movimiento entre la forma de ser el intérprete y el ser que es revelado por el texto (Fuster, 2019) se pusieron en discusión los hallazgos encontrados con los elementos del marco teórico conceptual.

7.- Una vez organizada toda la información, se realizó triangulación de fuentes y datos buscando convergencias, divergencias y elementos emergentes que pudieran dar cuenta de las representaciones sociales, los objetivos planteados y se procedió a redactar las discusiones y conclusiones.

5.7 Aspectos éticos

En el proceso de la investigación cualitativa, es de suma importancia tener presente los lineamientos éticos que se deben llevar, pues nuestro trabajo consiste en una relación constante con seres humanos que deben ser tratados y atendidos como sujetos y actores con capacidad de agencia y reflexión (Latour, 2008; Borges, 2011).

La investigación se apegó a los criterios éticos y las normas científico, técnicas y administrativas para la investigación social en salud que se encuentran estipuladas en documentos nacionales e internacionales, que regulan la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos como las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud

con Seres Humanos⁵ (Organización Panamericana de la Salud-CIOMS, 2016), al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México⁶ y el Código Ético de la Sociedad Mexicana de Psicología⁷ (Sociedad Mexicana de Psicología, 1985).

Se dedicó especial atención a la firma del consentimiento informado por cada uno de los participantes, en donde autorizaron el uso de la información recaudada para fines educativos y de investigación. En este documento, se estipuló que la participación era voluntaria, sin remuneración alguna y que el manejo de los datos iba a ser confidencial y privado. El texto además aportó información sobre los objetivos del estudio, lo que se esperaba de la participación de cada sujeto, los riesgos y beneficios de su colaboración, la garantía de recibir aclaración a cualquier duda acerca del proyecto o de su participación y la libertad de dejar de participar en el estudio en cualquier momento sin ningún perjuicio.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, la cual establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, ésta investigación se considera de riesgo mínimo, ya que no incluyó la aplicación de medicamentos ni procedimientos arbitrarios; sin embargo, tocó temas relacionados con la experiencia y vida personal y profesional de los participantes. Se garantizó a los participantes confidencialidad priorizando su bienestar, derechos e intereses en todo momento, así como el resguardo de sus datos por parte del equipo de investigación y se les hizo saber que su uso sería únicamente con fines académicos. Su anonimato se garantizó mediante la utilización de un pseudónimo y omitiendo datos que pudieran facilitar su identificación.

⁵ Elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

⁶ Norma que regula la Ejecución de Investigaciones en las Instituciones de atención a la salud (Título sexto art. 113 a 120).

⁷ Documento que resalta lineamientos para la investigación y el trabajo con temas relacionados a la salud mental y autocuidado, entre otros.

6. Resultados

6.1 Perfil de los Informantes

Se realizaron 15 entrevistas individuales a pasantes de servicio social en medicina (10 mujeres y cinco hombres) de los cuales seis estaban a punto de terminar el tiempo de su servicio social (llevaban 11 meses), cuatro pasantes iban a la mitad (llevaban aproximadamente seis meses) y 5 habían iniciado (llevaban 3 semanas) en el tiempo que se recogió la información.

En cuanto al perfil de los informantes se destaca una mayor participación de mujeres en las entrevistas (75 % del total) de las cuales seis ya estaban a punto de terminar su servicio social, tres iban a la mitad y una acababa de ingresar. La mayoría de los pasantes tenían entre 24 y 26 años (13) y únicamente dos eran mayores de 25 años. Este dato es congruente con los años de la formación en medicina ya que, en la mayoría de los casos, los estudiantes ingresan a los 18 años a sus estudios universitarios que duran en promedio 4 o 5 años cursando materias, más un año de internado. Al terminar éste, la mayoría de los estudiantes ingresan a su servicio social con 24 o 25 años. En el caso de las dos pasantes con mayor edad, las estudiantes tuvieron que detener sus estudios en algún momento de su formación para trabajar, por falta de recursos económicos y posteriormente, los retomaron.

Es interesante observar que todos los pasantes que trabajan con CES son solteros, sin hijos ni dependientes económicos. Ninguno se identifica como perteneciente a un grupo étnico, sin embargo, tres de ellos reconocieron tener un fuerte vínculo con sus raíces indígenas por haber nacido en alguna comunidad indígena o que sus padres fueran hablantes de alguna de estas lenguas.

El 40% de los pasantes son originarios de la Ciudad de México (CDMX) y Estado de México (6), los demás nacieron en Veracruz (2), Puebla (2), Chiapas (2), Guerrero (1), Oaxaca (1) e Hidalgo (1). El lugar que consideran como su residencia habitual cuando no se encuentran laborando en CES es la CDMX para el 46%, Chiapas para el 20%, Veracruz para el 13% y Monterrey, Guerrero y Oaxaca con un pasante cada uno. Cabe destacar que los tres pasantes que consideran Chiapas como su lugar de residencia recalcan que es así, porque su familia vive ahí y por ello se sienten con una fuerte conexión con la zona en la que realizan su servicio social. En el caso de los pasantes que nacieron en Puebla, Veracruz, Guerrero y Oaxaca, recalcaron que, aunque no son originarios de Chiapas, sí lo son de pequeños poblados en los que las necesidades llegan a ser similares a las que se viven en Chiapas y por ello se sienten agradecidos de poder realizar un servicio en una zona rural.

En cuanto a su formación académica, la mayoría de los pasantes estudiaron en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (7), cuatro en el Instituto Tecnológico de Monterrey (TEC), tres en universidades dentro del estado de Chiapas y uno en el Instituto Politécnico Nacional. Los pasantes que cursaron su internado durante el año 2020 (aquellos que apenas llevaban tres semanas en su servicio social), tuvieron una experiencia de formación médica diferente a todas las demás ya que, debido a la contingencia por la pandemia del COVID, no pudieron realizar rotación en varias especialidades (como gineco-obstetricia, pediatría, etc.) y dedicaron la mayor parte de su tiempo a trabajar en las zonas de emergencia sanitaria que se crearon como resultado de la pandemia.

Para la elección del proyecto de Compañeros en Salud (CES) para realizar su pasantía, 8 estudiantes manifestaron que fueron invitados directamente por alguna amistad o conocido que se los recomendó y 7 se acercaron al proyecto gracias a la difusión que se realizó en su universidad por parte de CES. En el caso del proceso de selección para los pasantes que ingresaron en agosto

2021, como producto de la pandemia y debido a las dificultades para viajar y desplazarse que se presentaban, CES decidió intensificar la convocatoria dentro del mismo estado de Chiapas y, por primera vez, se tuvo la participación de 3 estudiantes de medicina egresados de universidades locales.

Tabla 3.

Características sociodemográficas de los médicos de servicio social de CES en Chiapas, 2021

	Número de Participantes	Porcentaje
Mujeres	10	66.6%
Hombres	5	33.3%
Tiempo en la Pasantía		
6 meses	4	26.6%
11 meses	6	40%
3 semanas	5	33.3%
Edad		
23 a 24 años	6	33.3%
25 a 26 años	7	46.6%
27 a 29 años	2	13.3%
Datos sociodemográficos		
Solteros	15	100%
Hijos o dependientes económicos	0	0%
Pertenecientes a una comunidad indígena	0	0%
Lugar de origen		
CDMX y Estado de México	6	33.3%
Veracruz	2	13.3%

Puebla	2	13.3%
Guerrero	2	13.3%
Chiapas	1	6.6%
Oaxaca	1	6.6%
Hidalgo	1	6.6%
Residencia habitual		
CDMX	7	46.6%
Chiapas	3	20%
Veracruz	2	13.3%
Monterrey	1	6.6%
Guerrero	1	6.6%
Oaxaca	1	6.6%
Universidad de estudio		
UNAM	7	46.6%
TEC de Monterrey	4	26.6%
Universidades dentro de Chiapas	3	20%
IPN	1	6.6%
¿Cómo conocieron CES?		
Por invitación personal	8	53.3%
Por difusión en su Universidad	7	46.6%

Fuente: elaboración propia con datos recogidos durante las entrevistas.

6.2 Percepciones, Conocimientos y Significado del Cuidado

6.2.1 Conceptualización del Cuidado en Médicos

Para el personal médico pasante, cuidar, es ofrecer un acompañamiento integral a la persona; en el que se deben contemplar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y morales como se expresa en los siguientes testimonios:

“Cuidar es todo, es acompañar al paciente viendo lo físico, lo emocional, las situaciones sociales, familiares, la estructura en que viven y su forma de ver el mundo. Cuidar es ser un médico comprometido con el paciente” (4).

“Cuidar es algo mucho más macro que la simple consulta.... Es salir de una pequeña pecera que es la consulta inmediata para lo macro, integrarlo con la vivienda, el contexto, su comunidad, sus tradiciones... cuidar es salir de un marco para acompañar al paciente a donde él decida caminar dentro del proceso salud – enfermedad” (2).

La mayoría de los interlocutores identifican importantes diferencias entre el concepto de “cuidado” y el de “atención”, manifestando que atender está mayormente relacionado con cubrir las necesidades del paciente durante la consulta enfocándose, principalmente, en diagnosticar y medicar los síntomas que el cuerpo presenta a través del interrogatorio y la exploración que se hace en la persona enferma, omitiendo el factor emocional del vínculo médico-paciente. Al respecto refieren:

“Atender es medicar sin ver más allá... sin buscar la conexión con la persona, es decir, no hay una relación tan estrecha con el paciente, es algo más administrativo” (7)

Atender es, entonces, una acción que basa su intervención en el aspecto físico del paciente, mientras que cuidar, es relacionado con la capacidad de analizar factores psicológicos, sociales y emocionales, como se evidencia en el siguiente relato:

“Atender es más práctico y te enfocas en lo médico solamente... escuchas el síntoma y los antecedentes del síntoma... cuidar es mucho más profundo, es cuestionarse qué los

está provocando, saber que hay un factor psicológico, social... es ver al paciente como una persona integral". (8)

Otro aspecto muy importante que remarcan los médicos, es que el cuidado va relacionado con el seguimiento previo y posterior al caso, es decir, mantenerse activamente al tanto de cada paciente. Para hacer esto idealmente, se debe buscar información del paciente desde antes de que llegue a la consulta y, después de haberlo diagnosticado, se deben generar estrategias para que éste cumpla con su tratamiento y mejore. Al respecto se mencionó:

“El seguimiento es clave, antes de que lleguen puedes preguntar a la enfermera o auxiliar sobre la historia del paciente. A veces ya conoces al paciente porque lo encuentras en la tienda o en la calle y todo esto te da información que debes considerar. Después de la consulta, es importante seguirle el rastro, ver su evolución, checar si puedes apoyarlo con algún programa de salud, medicamento, con algún trámite para que lo lleven al hospital o lo que necesite. No todos los pacientes necesitan tanto... cuidar es mantener la cercanía, tener más presencia, más allá del consultorio, preguntar por él, estar abiertos a lo que haga falta y que él lo sepa”. (16)

6.2.2. Acciones para cuidar del otro

Dentro de las acciones de cuidado se identifica la importancia de generar un ambiente de confianza en la consulta a través de mirar al paciente a los ojos, recibirlo con una sonrisa, escuchar todo lo que tenga que decir sin interrumpir continuamente, preguntar abiertamente sobre la sintomatología y sobre su vida, contestar abiertamente a las preguntas que haga el paciente, acercarse a la familia y corroborar que tengan clara la situación del paciente, pensar con cuidado los diagnósticos y realmente esforzarse durante la consulta.

Por otra parte, los pasantes también identificaron acciones que se realizan fuera de la consulta pero que también abonan al cuidado, como estar al tanto de cualquier emergencia las 24 horas, gestionar programas, medicamentos o tratamientos que puedan serle útiles a los pacientes.

El acompañamiento también fue referido como una actividad de suma importancia para lograr el cuidado. Acompañar al paciente significa para el personal médico, ser empáticos, dedicarle el tiempo necesario a cada consulta y no juzgar al paciente aunque sus opiniones sean diversas a las del médico. Como acciones de cuidado también se refirieron al seguimiento posterior a la consulta, es decir, llamarles para preguntar cómo se sienten, preguntar por el paciente cuando se encuentran a sus familiares o amistades, hacer visitas domiciliarias, acompañarlos a estudios específicos, como lo relató uno de los pasantes de servicio social:

“Cuidar al paciente, es dejar un pedazo de tu corazón con cada persona, intentar entender el contexto, no juzgar. Escucharlo, acompañarlo, dar esperanza... Ofrecer todos los servicios integrales, dar el medicamento sabiendo que esto, es una gran responsabilidad, estar ahí para él en lo que pueda ayudarlo”. (10)

Los interlocutores enfatizaron que cualquier acción de cuidado debe tener una escucha activa y abierta para conocer los límites hasta donde se sienten cómodos los pacientes. El personal médico con más experiencia, incluso, afirman que es indispensable mostrarse completamente abierto a lo que el paciente quiera decir y a sus creencias para poder conocerle y comprenderlo. Critican severamente a los galenos que imponen sus creencias sobre las del paciente y validan la existencia de otras fuentes de conocimiento y medicinas tradicionales que no se asemejan a la hegemónica como se evidencia en el siguiente relato:

“Cuidar, es saber que esa persona es mucho más que un cuerpo y que tienes que conectar con él... algunos le dicen alma, otros personalidad, no sé exactamente cómo se llame eso que hace única a cada persona, pero hay que ver esa autenticidad, respetarla y cuidarla... para lograrlo yo tengo que sentir eso en mí... ese ser que desea proteger y conectar a profundidad con los demás” (12).

Todas las acciones de cuidado fortalecen el vínculo entre el personal médico y los pacientes y esto ofrece diversas ventajas:

- En el diagnóstico: ya que a través de la información que obtienen de las personas y de la escucha activa, encuentran signos, síntomas o causas de los padecimientos que quizá hubieran sido omitidos de otra forma, información que es esencial para dar un diagnóstico adecuado.

“Cuando conoces a tu paciente, cuando escuchas a la familia y sabes cosas de ellos encuentras cosas que te guían para saber qué está pasando. Platicar con ellos, aunque sea en la tiendita, o fuera de la clínica, te permite ver las cosas desde otra perspectiva, se te ocurren diagnósticos diferentes. Hace que sea mejor tu consulta” (18).

- Sugerir tratamientos adecuados a la condición del paciente, ya que un conocimiento más profundo de la persona, de su situación, de sus creencias y de su dolencia les ayuda a adaptar el tratamiento tomando en cuenta la realidad del paciente y contribuir a la mejoría de su salud física y emocional. Al respecto dos de los interlocutores manifestaron:

“Saber qué está pasando, escucharlo y preguntar a fondo con interés genuino, te ayuda a saber cómo intervenir, por ejemplo, hay veces que ya se atendieron con medicina

tradicional y tomaron ciertas cosas que pueden generar reacción con algún medicamento, es necesario saber lo más posible para prevenir un accidente” (9).

“A veces tu propones de tratamiento cosas ilógicas para ellos, por ejemplo, no comer tortilla o tomarse la presión a diario dos veces al día viviendo extremadamente lejos, tienes que ser consciente de lo que vive el paciente, innovar y adaptar tratamientos, si no, él no te hará caso, no se va a sentir escuchado ni cuidado, obviamente no va a mejorar y capaz que ni regresa” (3).

- Tener el consentimiento del paciente, respetar su derecho a la toma de decisiones. El personal médico reconoce que es indispensable “cuidar sin imponer” (7), es decir, que el médico debe escuchar las peticiones, posibilidades y deseos del paciente para respetarlas. Cuidar también supone reconocer que el paciente debe estar de acuerdo con el tratamiento propuesto y que, si no lo está, el personal médico debe hacer las adaptaciones necesarias y permitir que el paciente tome la decisión final sobre su condición. Cuando los médicos logran “cuidar sin imponer” están ofreciendo una consulta sin juzgar y un tratamiento consensuado. De esta manera están permitiendo que el paciente ejerza su derecho a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento. Esta práctica del cuidado es indispensable para garantizar una medicina más humanizada y cercana a los principios éticos. Al respecto uno de los interlocutores relató lo siguiente:

“Escuchar al paciente integralmente te ayuda a entender su perspectiva de la enfermedad y poder hacer que, como ellos ven la enfermedad, vean cómo podemos ayudarle nosotros, poco o mucho que se pueda hacer por el área científica, que él entienda lo que se le ofrece y que tome una decisión más acertada e informada” (2).

“Hay que reconocer que ellos saben muchas cosas, y que a veces esas cosas son diferentes a lo que nosotros opinamos... he visto pacientes que se curaron con cosas que yo pensaba ilógicas, también he visto otros que han empeorado con la medicina tradicional... al final es su vida y ellos tienen la última palabra, yo tengo que respetarla... cuando escuchas su opinión muchas veces encuentras la forma de que el paciente se vaya tranquilo con un tratamiento que sí le convenza, quizá tuviste que recortar lo que mandabas en la receta o cambiar algunas cosas pero de esa forma no lo estás forzando, estas respetándolo, estás respetando sus derechos y su autonomía” (14).

Por otra parte, cuando el paciente se siente escuchado y comprendido por el médico, genera un mayor apego al tratamiento, al médico y en general a la medicina alópata. Al respecto uno de los interlocutores comentó:

“Cuando el paciente se siente bien contigo te cuenta más cosas, sabes que va a regresar y que podrán hacer un buen equipo... es muy bueno porque tienen mayor apego al tratamiento, no hay que desgastarte persiguiendo pacientes, sabes que va a regresar a su seguimiento, que te va a hacer caso y que si te necesita te va a buscar... Además un paciente cuidado va a cuidar de otros, va a compartir su conocimiento y experiencia con otros que lo necesiten y hasta los convencen para que vayan contigo, para que confíen en ti como doctor” (9).

Los médicos recalcan que el hecho de que el paciente tenga un fuerte apego al tratamiento y a la clínica, es una de las ventajas más importantes para ellos ya que esta situación enriquece la labor médica de dos formas, por un lado, enriquece emocionalmente al médico que siente la cercanía afectiva con el paciente y al paciente, quién se siente respaldado y bien atendido por su médico tratante. En este sentido, los interlocutores identifican que parte de la mejoría del paciente, en

muchas ocasiones, puede ir más asociada a la cercanía con el médico que al tratamiento farmacológico ya que, independientemente de la acción biológica que tenga el medicamento en el paciente, el hecho de haberse sentido escuchado y cuidado en la consulta, disminuye significativamente la sensación de incertidumbre y ansiedad que pudieran estar viviendo los pacientes debido a los malestares de su enfermedad. Por otra parte, beneficia a los médicos, ya que disminuye significativamente la carga de trabajo pues contribuye a prevenir complicaciones médicas futuras por un tratamiento mal llevado.

El seguimiento se simplifica gracias a tener una comunicación abierta y continúa con el paciente y, agiliza los tiempos de atención de citas subsecuentes ya que en ellas únicamente hay que actualizar la información sin necesidad de tener que atender nuevas complicaciones o dudas. Finalmente, el apego a la clínica que puede tener un paciente, ayuda a que otras personas de la comunidad se acerquen y a que haya mejor recepción de la medicina alópata y, en general, de la labor del personal médico. La buena experiencia que tiene un paciente se comparte y motiva a otros a que se acerquen de manera oportuna a la clínica, evitando atenciones sólo de urgencia o estar luchando por “ganar la confianza de cada uno” (17).

Tras cuidar de los pacientes, los médicos refieren tener una sensación de satisfacción que les enorgullece y fortalece. Muchos de ellos, incluso, identifican esta sensación como la razón de su quehacer médico. Mencionan:

“Justo para esto estudié, para estar cerca de las personas, para realmente cuidarlas y no nada más andar regalando recetas... es importante escucharlos, aprender de ellos, reconocer la bendición que es poder ayudar y que nuestra ofrenda es bien recibida por los pacientes” (11).

Por otra parte, debido a las difíciles condiciones en las que viven los pacientes y a las características propias de las enfermedades, los médicos reconocen que muchas veces hay importantes limitaciones que deben aceptar y, los cuidados, resultan ser el aliciente que les permite mantener la satisfacción de estar cumpliendo con su labor como médicos. Al respecto comentan:

“Tenemos varios enfermitos terminales, a veces sólo toca escucharlos a ellos y a la familia, son cuidados paliativos y no hay mucho que hacer pero al menos sabes que estás haciendo algo aunque no puedas cambiar lo que va a pasar” (5).

Otro pasante refiere:

“Muchas veces no podemos cambiar muchas cosas que afectan al paciente, a veces viven violencia, una pobreza terrible, escasez de muchas cosas... a veces simplemente no puedes ayudarlo aunque le des mil recetas y te desvivas metiéndolo en todos los programas que existen... a veces hay que aceptar que sólo puedes acompañarlo en su proceso... a veces lo que más ayuda es hacerle saber que lo entiendes, que estás con él y que tu puerta estará abierta cuando te necesite... cuidarlo, abrazarlo, es lo único que puedes hacer y es importante hacerlo” (16).

Los pasantes reconocen lo enriquecedor que resulta escuchar, aprender y compartir tiempo con los pacientes. Mencionaron:

“Normalmente es grato sentir el afecto del paciente y nos enriquecemos. En el caso de Chiapas, ha sido todavía más impactante, he aprendido muchísimo de todo. Escuchar a la gente aquí, su forma de ver el mundo, de entender la enfermedad... genera un impacto muy grande” (15).

Debido a la realidad en la que se desenvuelven los pasantes, inmersos en una cultura diferente a la suya, rodeados de naturaleza y con una organización social diferente a la conocida; los pasantes identifican que el aprendizaje es muy enriquecedor. Un pasante dijo:

“Chiapas es un mundo diferentes, su ropa, su comida, su medicina tradicional, su forma de hablar, de explicar las cosas... He aprendido mucho de cada paciente, luchando cada día pese a la enfermedad, emocionados porque cayó agua, porque empezó a llover... pasar tiempo con la gente te cambia, estar con los pacientes y conocerlos es increíble, la medicina es diferente para mí ahora.... La vida ha cambiado, es agotador pero me encanta” (14).

6.2.3. Desafíos del Cuidado

Si bien el cuidado tiene importantes ventajas tanto para el médico como para el paciente, también se identifican grandes desafíos para poder llevarlo a cabo.

El Tiempo

Uno de los principales desafíos que tiene el personal médico para cuidar de sus pacientes es el tiempo que se requiere para cubrir lo mejor posible todas las acciones de cuidado ya que, existe una sobrecarga laboral en el personal de salud que es respaldada por políticas institucionales en las que los médicos deben atender diversos programas y una gran cantidad de pacientes a diario.

Al respecto relatan:

“A veces llego a tener 40 pacientes al día yo solita en la clínica, bueno, con mi auxiliar que me echa porras... Secretaría de Salud explota a sus médicos, CES intenta ayudarnos pero es demasiado trabajo, cada programa con el que podemos ayudar al paciente (como abastecimiento de medicamentos, seguimiento perinatal, consulta externa, etc.) implica

que dediquemos varias horas a gestiones... me encanta cuidar y ofrecer todo lo que tenemos, pero si me pongo a cuidar a cada uno de mis pacientes no terminaría, es difícilísimo saber en qué momento parar” (3).

Pacientes sin Redes de Apoyo

Otro de los puntos que resulta desgastante para los médicos al cuidar, es el hecho de que algunos pacientes no cuenten con redes de apoyo sólidas para dar seguimiento a los medicamentos y cuidados necesarios, ya sea por no estar cerca del familiar o porque la familia no apoya el tratamiento, como se evidencia en los siguientes testimonios:

“Es durísimo cuando tienes pacientes de la tercera edad que están solitos en casa, se les olvidan los horarios para tomar medicinas, a veces no entienden bien el por qué del tratamiento y lo abandonan porque “se sienten mejor”, es muy agobiante saber que están ahí solitos, que se pueden caer, que les puede pasar algo” (11).

“Es difícilísimo cuando el paciente quiere seguir lo que yo le mandé pero la familia no lo apoya pues creen que lo están cuidando con tés y otros remedios... es una situación de contrariedad para el paciente y es muy desgastante” (5).

Las diferentes concepciones del cuidado

Los médicos tienen definidas ciertas acciones de cuidado que buscan promover en su consulta, sin embargo, éstas a veces se contraponen con la expectativa que pudieran tener los pacientes y otros colegas que trabajan en la clínica con ellos. Una de las acciones que más difícil ha sido llegar a conciliar es el “dedicar tiempo” al paciente pues, mientras para la mayoría del personal médico esto puede suponer un esfuerzo positivo e importante para el cuidado de sus pacientes, pareciera que para algunas otras personas esto pudiera relacionarse con que el galeno tiene poca capacidad

o que descuida a los demás pacientes que aún esperan pasar a su consulta. Al respecto una de las informantes manifestó:

“Es enloquecedor, a veces me critican porque me tardo mucho con cada paciente, siento que creen que no sé medicina... Me critican porque dicen que para hacer un diagnóstico necesito hacer mil preguntas... Creo la gente no se da cuenta que salud integral es estar en muchas cosas al mismo tiempo.... Tomarte el tiempo para preguntar más allá, enseñarles los hábitos... ir más allá de los medicamentos... no tiene que ver con que yo esté perdida en mi trabajo... También se quejan porque a veces me tardo y hay pacientes afuera esperando, obviamente lo sé e intento que esperen lo menos posible, pero quiero que sepan que quizá tardaré un poquito en hacerlos pasar pero cuando entren ¡voy a estar al 100 para ellos! es difícil hacer felices a todos” (5).

Otra forma en la que se evidencian las diferentes concepciones del cuidado que puede tener el personal médico, equipo de salud y pacientes, es cuando el médico se involucra con el paciente y éste o su familia consideran invasiva esta cercanía. Los médicos, dentro de sus acciones de cuidado, deben proponer diversos tratamientos al paciente y garantizar que éstos hayan comprendido las ventajas y desventajas de cada uno, supervisan la toma de medicamentos a través de las acompañantes de salud e, incluso, realizan visitas al paciente y la familia. Pese a que estas acciones son descritas por los pasantes como acciones de cuidado, también reconocen que, para las familias, a veces pueden resultar persecutorias, dos relatos mencionan esta situación:

“A veces lo más difícil es que se dejen cuidar, a veces ir a sus casas a hacerles chequeos les incomoda. Tienen el concepto de que el doctor está arriba y el paciente abajo y, si los buscas mucho, pareciera que los estás presionando o vigilando, a veces no lo toman como una preocupación genuina por ellos” (6).

“A veces se quieren ir... y yo les pido que se queden un momento... solo quiero corroborar si me expliqué bien, quizá no quieren seguir mi propuesta de tratamiento porque no entendieron bien lo que les estoy diciendo o hay algo que no escuché... pero creo les incomoda así, que a veces, creo cuidar es quitarme de su camino aunque yo me quede inquieta” (8).

Límites emocionales

Como se mencionó anteriormente, el consentimiento del paciente ante su tratamiento es indispensable para garantizar los cuidados y respetar los derechos del paciente.

“A los médicos les corresponde (cuidar de los pacientes) pero hay que poner límites cuando las experiencias o situaciones emocionales son más fuertes. No debes encariñarte tanto como para tomar decisiones que no te corresponden. No hay que confundirse, ellos deciden” (15).

Sin embargo, este tema genera amplios debates ante las diferentes cosmovisiones que tienen las personas sobre el fenómeno de la salud-enfermedad. En muchos casos, los pacientes o sus familias deciden no seguir algún tratamiento y el personal médico debe respetar esta decisión pese a que no esté de acuerdo. Esta situación es identificada como uno de los principales desafíos a los que tienen que enfrentarse los médicos al cuidar de un paciente en la cotidianeidad. En el caso de los pasantes entrevistados, es interesante notar que, si bien este desafío es común en la práctica médica, debido a la pandemia generada por el COVID el número de casos en los que se presentó este desafío se incrementó y los médicos tuvieron que gestionar esta situación. Al respecto dos de las interlocutoras relataron:

“Muy poca gente en la sierra cree en el COVID, no siguen las prevenciones ni el tratamiento. En la calle me saludaban sin cubre bocas y hasta de abrazo... ha sido muy difícil agradecer el cariño pero también poner límites, al principio era peor porque no teníamos vacunas ni conocimiento de la enfermedad... era muy angustiante.... Llegaron montones de casos a la clínica súper mal, les decía que debían aislarse y no me hacían caso, eso los ponía en riesgo a ellos pero también a la familia y a la comunidad entera, incluso a mí. Fue muy difícil respetar sus creencias... creo que respetarlos también es cuidarlos... pero qué difícil fue mediar tanta cosa” (13).

“Lo más difícil son los límites. Yo doy un tratamiento y los pacientes a veces dicen no quiero, me doy de alta porque ya no quiero estar aquí, no quiero ir al hospital... yo sé que si no va, puede morirse... y ya me pasó con un paciente COVID que no quiso ir al hospital y falleció, la familia no quería llevarlo al hospital porque creía que el COVID era un invento mío y todavía vino a reclamarme cuando murió... fue súper duro para mí. Mis supervisores CES ya hablaron conmigo y me dijeron [hiciste lo que pudiste, no puedes obligarlos] pero me cuesta trabajo entender por qué no nos escuchan... sabía que se iba a morir... Sé que debo respetar su decisión pero es lo más difícil” (16).

Para sobrellevar esta dificultad, los médicos deben reconocer, por un lado, la importancia de su trabajo y la responsabilidad que conlleva realizarlo con compromiso, y por otro, es necesario contemplar que parte del “deber del médico” es escuchar la voluntad del paciente y respetarla a pesar de que esto suponga un gran esfuerzo para él/ella. Esta difícil labor de equilibrar las voluntades con los mandatos sobre lo que se espera del médico, es parte de la dimensión moral del cuidado en la que las normas sociales e interiorizadas rigen la conducta del médico que busca proteger y garantizar la salud de sus pacientes.

Uno de los informantes comentó:

“Es desgastante, creo es demasiada responsabilidad, a veces piensas ¿Por qué tengo que estar aguantando esto si no es ni mi familia? ¿Por qué tengo que caminar tanto? ¿Para qué, si quizá ni me reciben en su casa? ¿Por qué luchar tanto por cada uno?... Es mucho esfuerzo, pero sé que ser médico es mucho más que estar en el consultorio esperando a que lleguen a pagarte por un papelito... dentro de mí tengo mi conciencia tranquila porque sé que estoy haciendo lo que un médico debe hacer, lo que la comunidad espera de mí, lo que CES espera... estoy haciendo lo que debo hacer... sé que todos somos personas y ese paciente es familiar de alguien que quiere verlo sano, sé que mi trabajo es cuidarlo” (6).

6.2.4 Aprendizajes previos sobre el cuidado

En cuanto a aprendizajes previos sobre el cuidado fuera del ambiente académico, los pasantes refirieron experiencias vividas con su familia. En la mayoría de las experiencias, la familia ha cuidado de la salud de otros familiares que, por condiciones físicas o psicológicas, han requerido de acciones que han sido ejemplo para los médicos sobre lo que es cuidar de un enfermo.

Al respecto, los médicos reconocen que los cuidados familiares son diferentes a los que se llevan a cabo en la labor clínica, sin embargo, muchos de ellos atesoran como una enseñanza de vida algunos de los recuerdos en los que tuvieron la oportunidad de ver a otros, o a ellos mismos, cuidar de algún pariente que les necesitaba. Sobre esto relataron:

“Lo que hice por mi familia no es lo mismo que hago por un paciente, para empezar, en esa época ni siquiera sabía de medicina... pero lo que aprendes cuando cuidas a alguien que amas, como mi abuelita, te hace ser más humano y entender que el enfermo sufre y que en tus manos está hacer lo que se pueda para que la pase un poco mejor... en la

clínica eso es lo que hago; con lo que tengo y lo que puedo, intento que el paciente la pase un poco mejor a pesar de sus condiciones” (5).

“Mi mamá cuidó de mi tan amorosa y pacientemente... yo gritaba de dolor, sentía que nadie podía entender mi dolor, me moría de miedo y ella siempre estuvo ahí para mí... creo ahí entendí que la empatía es lo más importante, uno no sabe lo que el enfermo está sintiendo” (4).

Otro punto importante en el que se retoma la experiencia de cuidados con la familia es la expectativa que tienen los familiares sobre la labor del médico. En esta expectativa, destaca que la familia tiende a dar importancia al cuidar de los pacientes para ser “buenos médicos”. Esto podemos verlo en la narrativa de uno de los interlocutores:

“Mi mamá siempre dice que soy buen médico porque cuido mucho a mis pacientes, me preocupo por ellos e intento ayudarlos... para ella es indispensable que los trate bien y sea muy bueno con ellos, si no, sería un mal doctor” (13).

Por otra parte, la misma familia demanda a los médicos que sean “exitosos” y este éxito lo relacionan con el tiempo libre que puedan tener y con el ingreso económico. Estas expectativas generan cierto conflicto en los estudiantes que deben mediarlas. Uno de los informantes señaló al respecto:

“Es enloquecedor, quiere (la familia) que los cuide y sea bueno con los pacientes pero también que cobre bien y que atienda un montón de pacientes al día... Además que me sobre tiempo para ir a todos los eventos familiares y que no me ande angustiando por los pacientes. Es chistoso, porque creo no entienden que para lograr eso tengo que

parecerme a muchos de los profesores que tanto critiqué... eso es lo que menos quisiera que me pasara” (3).

Sobre sus aprendizajes en el ambiente médico-académico, los pasantes desconocen que exista una plantilla curricular en la que se promueva el desarrollo de habilidades o conocimientos relacionados específicamente al cuidado del paciente dentro de la formación universitaria. Sin embargo, tras un esfuerzo, la mayoría de los médicos recordaron uno o dos temas (de corta duración), dentro de alguna materia, en los que se abordó la importancia de cuidar a los pacientes. Algunas de las materias en las que estos temas se llegaron a impartir fueron Antropología Médica, Geriátrica, Cuidados Paliativos o Psiquiatría, sin embargo, los médicos reconocen que el abordaje del cuidado fue muy superficial y no sienten haber adquirido conocimientos explícitos durante su formación universitaria que les permitieran “cuidar de sus pacientes”. Los siguientes testimonios aluden a esta situación:

“[En la escuela] hablan del tema a veces, pero de paso, te dicen que cuides pero no cómo hacerlo, tampoco te dicen qué significa eso o qué implicaciones tiene... siento que no le daban importancia, te dicen que aprendas su nombre y lo básico para diagnosticar pero no les importaba mucho la interacción con el paciente” (7).

“A veces algún Dr. te decía que no te involucres demasiado con los pacientes pero eran más consejos de pasillo que clases en sí, para ellos lo que importaba era resolver lo médico, dar medicamentos, y aliviar lo físico” (5).

Dentro de la formación médica, posterior al cumplimiento de materias dentro de las instalaciones educativas, los médicos deben cursar un año de internado en el que se incrementa significativamente la interacción con los pacientes. Esta interacción genera varios

cuestionamientos sobre cómo debe vincularse el médico con el paciente en el día a día y se incrementan significativamente los retos en la práctica médica, pues hay una amplia diversidad de personalidades y casos que deben atender los médicos diariamente durante sus guardias. En esta etapa, mucho del aprendizaje que adquieren los médicos es a través de la observación y escucha a sus tutores que muestran y manifiestan lo que se espera de los estudiantes como futuros médicos. Sin embargo, los ejemplos a seguir dentro de las instituciones hospitalarias no se acercan a la concepción de cuidados que los pasantes tienen en la actualidad como se evidencia en los siguientes relatos:

“Llegué a conocer un doctor que admirar, él siempre nos decía: “ustedes quisieron ser doctores, el paciente no decidió estar enfermo, hay que tratarlos bien siempre”... Sin embargo, creo que en la mayoría de los casos mis tutores y compañeros me enseñaron cosas que quiero evitar en mi consulta... me enseñaron a que la medicina puede volver a las personas verdaderos robots sin corazón... me enseñaron lo que no quiero ser” (17).

“El internado es difícil porque tienes todo tipo de pacientes, cada uno con su historia, sus dudas, sus padecimientos y tú tienes que saber cómo interactuar con él siempre... a veces quiero olvidar lo que vi, lo que escuché y lo que aprendí de mis maestros... sé que es importante poner límites con los pacientes pero me avergüenza decir que presencié mucha violencia contra pacientes... nunca me enseñaron cómo cuidar, más bien aprendí a cuidar gracias a ver lo que no quiero ser” (13).

Ante esta situación, los médicos identificaron diversas propuestas para enriquecer el currículum educativo durante la formación médica. Los pasantes sugieren incluir materias con un enfoque más social en las que se reflexione a profundidad sobre temas como determinantes sociales y estructura social. Por otra parte, creen indispensable que existan espacios académicos en los que

se desarrollen habilidades de comunicación asertiva, negociación, escucha activa, contención emocional y abordaje ante situaciones de violencia familiar. Finalmente, sugieren que en todas las materias debería de realizarse un abordaje más social y humanistas al analizar los casos.

Uno de los entrevistados comentó:

“A mí me gustaría tener una clase en la que presenten casos reales y se reflexione sobre qué hacer con el caso pero no farmacológicamente, sino lo más cotidiano: cómo explicarle, cómo hablar con la familia, cómo ponerle límites al paciente que te marca 15 veces en un día, cómo hacer que confíe en tí el paciente que lo cuestiona todo, cómo demostrarle tu afecto sin sobrepasar los límites, qué hacer si se pone a llorar ahí... hay doctores que tienen muchísimo que ofrecer en cuanto a estas experiencias pero no hay espacios (formales) en donde se aborde esto” (9).

6.2.5. La responsabilidad del cuidado del médico dentro del sistema de salud

La mayoría de los pasantes identifican que la labor de cuidado del paciente debe corresponder al equipo de salud completo que se compone por personal de enfermería, auxiliares médicos, acompañantes en salud (cuidadoras CES) y médico ya que, sólo, a través de la labor conjunta, es posible ofrecer acompañamiento al paciente y a su familia. Al respecto dos interlocutores señalaron:

“Cada paciente necesita de todo un equipo para poderlo acompañar bien, si no estamos conectados y dispuestos a cuidarlo, no deberíamos estar aquí” (18).

“Los familiares también son muy importantes, a veces yo no puedo contestar todas las preguntas, pero enfermería u otra persona del equipo deben atenderlos para que ayuden al paciente a que tomen su medicamento y lo cuiden. Cuando tienes a la familia de tu lado

es más fácil cuidar al paciente porque te avisan si necesitan algo, dan seguimiento a lo que les dices y te permiten estar cerca” (10).

Pese a que, la mayoría de los pasantes reconocen que el equipo completo debe de cuidar a los pacientes (incluyendo al médico), la mitad de ellos aclararon que los médicos no pueden comprometerse a realizar tantas acciones de cuidado como el personal de enfermería o las acompañantes en salud. Al respecto indicaron:

“Deberíamos de ser todos aunque socialmente existe más peso en los enfermeros... lo que pasa, es que a los médicos no nos da tiempo de estar siempre con los pacientes y dar los seguimientos necesarios. Yo puedo supervisar para que el equipo cuide y por supuesto yo trato bien a los pacientes, pero por más que quiera conocerlos con más profundidad y dedicarles mil horas no puedo. Tendría que descuidar a otros pacientes” (8).

Ante este escenario, los pasantes reconocen la importancia del equipo multidisciplinario para cuidar ya que colocan al médico como el líder del equipo y al personal de salud de su clínica como los que pueden realizar las acciones de cuidado a mayor profundidad. En esta organización, en la que el médico es el quien coordina actividades y el equipo dedica tiempo y esfuerzo al cuidado, también existen formas en las que el médico cuida a su paciente a través de su liderazgo y eso se evidencia en dos aspectos:

- 1) Promover que su equipo cuide en cada una de sus atenciones como lo menciona uno de los informantes:

“Es imposible que sólo una persona cuide al paciente, es demasiado trabajo y, si el médico no está a favor del cuidado, todo el equipo se vuelve frío con los pacientes. El médico

tiene que estar fomentando esto en el equipo además de demostrar con su ejemplo... tenemos que mostrar que, aunque estemos corriendo y con montón de cosas arriba, siempre buscamos escuchar y cuidar a los pacientes... esta es la única forma de poder pedir al equipo que también lo haga” (4).

2) Acercarse al equipo de salud para conocer más sobre los pacientes:

“Es difícil que el paciente confíe en un médico que lo atiende 20 minutos, aunque intentes ser el mejor y conocerlo al máximo no te da tiempo. Por eso, hay que preguntar a las acompañantes (mujeres que viven en la comunidad y forman parte del equipo de salud) que lo conocen, sobre su vida y sus hábitos, sólo así puedes llegar directo al grano. Si varias personas del equipo me dan su opinión sobre lo que han visto del paciente, tengo muchos puntos de vista que me ayudan a diagnosticar y, sobre todo, a conocer al paciente” (16).

6.2.6. Razones por las cuales el médico cuida

Al momento de explorar las razones por las que el médico, independientemente de la jerarquía, debe cuidar a sus pacientes, los entrevistados retomaron dos términos que resultan de gran importancia:

Amor

Los médicos reconocen que el cuidado tiene una relación estrecha con la palabra “amor” que se deslinda de un área romántica y se enlaza con el amor a la medicina, a los pacientes, a la sierra, a lo vida. Una de las interlocutoras así lo expresó:

“Creo que todo el equipo debe cuidar y el médico por delante, si no, este no es tu lugar... He visto procesos de amor y cuidado increíbles, por ejemplo pacientes terminales en los

que todo el equipo está al tanto e implica estar yendo a su casa diario a hacer curaciones, a escucharlo.... Creo aprendemos mucho de las acompañantes que muchas son como nuestras mamás, son gente de la sierra y nos enseñan a ser mejores cuidadores, a amar la sierra, amar a la gente, entenderla para poder amarla” (13).

Pese a que en la mayoría de los casos la palabra “amor” fue mencionada por los pasantes, también se identificó que existe una gran confusión sobre hasta dónde debe llegar el límite del cuidado, del amor para cuidar pero sin involucrarse emocionalmente, es decir, poner el límite, como se evidencia en el siguiente relato:

“Es casi imposible saber en dónde está la línea, es delgada y necesitas verla porque, si no, lo profesional y personal se mezclan y haces un desastre. Debes amar tu profesión y amar cuidar a tus pacientes pero siempre recordar que no debe afectarte de más, que ellos tienen su vida antes y después de ti. Es muy doloroso pero es un amor limitado el que hay que dar” (11).

Vocación

Otra palabra recurrente en el discurso del personal médico entrevistado fue “vocación”. La mayoría de los interlocutores identifican que la vocación es un elemento clave para identificar las razones y la motivación para cuidar de cualquier paciente, como lo señala una de las entrevistadas:

“Creo que cuidar no es una responsabilidad del médico, pero es parte de la vocación... En la escuela te enseñan todo lo físico, pero el médico que cuida va más allá... Yo estudie medicina para hacerle un bien a mi paciente y eso es mi máximo interés. Siento que muchas personas estudian medicina porque ante la sociedad muchas veces ser médico es una situación de respeto, cierto estatus ante las familias pero creo parte de ser un

profesional de la salud es también tener este sentido humano de entender la perspectiva del paciente, desear conocerlo y acompañarlo... eso es vocación” (4).

6.2.7 Diferencia de perspectivas entre generaciones de pasantes de medicina de servicio social

Como se mencionó en el apartado metodológico, la información se obtuvo de dos grupos de pasantes. El grupo que llevaba de 5 a 12 meses en su servicio social y el grupo que apenas llevaba tres semanas de haber ingresado. Pese a que en general las respuestas obtenidas acerca del cuidado fueron similares; se logró distinguir algunas diferencias que a continuación se mencionan:

Experiencia de cuidado

En general las experiencias de cuidado, las reflexiones acerca de este y el impacto que ha tenido en su vida fueron mucho más breves en los médicos que llevan menos tiempo en el servicio social. Fue notoria la diferencia de las respuestas en duración, profundidad e interés entre quienes llevaban más tiempo en las comunidades trabajando. Los pasantes que se encontraban a punto de culminar su servicio social, se mostraron mucho más sensibles a la mayoría de los temas de cuidado, compartieron múltiples experiencias sobre cada pregunta e incluso argumentaron con el uso de un lenguaje más técnico y académico para referirse a los derechos del paciente y procesos que se dan durante el cuidado de éste. Esta diferencia es posible que se deba a los aprendizajes prácticos y teóricos que adquieren los pasantes durante su estancia en las comunidades y el acompañamiento que reciben en CES. Es importante reconocer que al finalizar la entrevista, varios de los pasantes que estaban por culminar su servicio social, comentaron el agrado y la relajación que sintieron al poder compartir un poco del cúmulo de experiencias que vivieron durante el año de su pasantía. Al respecto uno de los interlocutores manifestó:

“Ay, creo hablé muchísimo, es que han pasado tantas cosas este año aquí viviendo sola en la sierra, he aprendido tanto... cuidar ha sido mucho más difícil de lo que pensé y a la vez quiero platicarles todo a todo el mundo porque ha sido algo maravilloso. Hasta me siento relajada después de platicar tanto, que bien se siente contar todo esto” (12).

Dimensiones del cuidado

Pese a que ambos grupos reconocieron la importancia de cuidar “más allá de lo físico”, el grupo de los pasantes de nuevo ingreso pusieron mucho más énfasis en las acciones del cuidado físico que en otros aspectos que también pueden propiciar el cuidado del paciente. Durante el relato de sus experiencias, pocas veces enfatizaron aspectos emocionales o sociales a profundidad y en ninguno de los casos mencionaron el aspecto espiritual de las personas. Durante las entrevistas del grupo de nuevo ingreso, fue muy notorio que, discursivamente defienden la importancia de analizar integralmente al paciente pero que aún no logran comprender la complejidad de la estructura social en la vida de un paciente. El siguiente testimonio de un interlocutor que recién iniciaba el servicio social da cuenta de ello:

“Es muy importante ver cómo anda emocionalmente el paciente, siempre intento echarles porras para que no se desanimen... también hay que ver qué onda con su familia, con quién vive para ver si alguien va a poder ayudarlo con la herida o hay que enviar a alguien” (9).

En contraste, la narración de uno de los pasantes salientes del servicio social demuestra la profundidad con la que se analizan las características sociales, emocionales e incluso espirituales del paciente:

“Conocer al paciente, su mundo, su religión, su familia, te permite acompañarlo y ser más empático; te ayuda a aprender de ellos, a conectar y ver que lo que para ti puede ser muy obvio para ellos no lo es, y estamos hablando de que tú eres el que tienes que aprender para poder ver hasta donde puedes ayudarlos, hasta dónde la medicina realmente aporta y hasta dónde tu receta puede impactar en sus creencias, en su vida... enviar anticonceptivos en una receta es todo un tema que puede incluso generar violencia familiar ¡hay mujeres golpeadas por usar anticonceptivos! Es necesario entender su religión, su conexión con Dios y con la naturaleza... tú eres el que tiene que comprender, el que tiene que aprender a negociar entre la medicina y las posibilidades, no los pacientes...” (8).

La jerarquía del médico

Pese al esfuerzo de la mayoría de los pasantes de servicio social por no demostrar “superioridad” frente al paciente, es notorio que en su discurso aún permean frases que los posicionan en una situación privilegiada de conocimiento y poder sobre los pacientes y otras profesiones de la salud, como se evidencia en los siguientes comentarios:

“Hay que tratarlos bien, enseñarles medidas generales. Educarlos con paciencia” (12).

“Hay que dedicarles tiempo, escucharlos, quizá no los entiendes al 100% pero hay que hacerles creer que sí para que se sientan cómodos. Hay cosas que a nosotros nos parecen insignificantes pero pueden ser grandes para ellos. Hay que acompañarlos y tranquilizarlos para que se vayan agradecidos” (14).

En el caso de los médicos pasantes que están a punto de culminar sus estudios, los discursos cambian un poco a una relación más horizontal con respecto al paciente como se demuestra en el siguiente relato:

“En la consulta somos dos y yo aprendo muchísimo del paciente, él sabe qué pasa con su cuerpo mejor que nadie, a mí me toca escuchar las pistas para poder encontrar cómo puedo ayudarlo. A veces puedo ayudar, a veces hay que entender que la medicina no tiene mucho que aportar. Es difícil, pero uno tiene que aprender que aquí no hay súper héroes o sábelo todos... en este año ¡me he equivocado tantas veces! A pesar de echarle tantas ganas lo he hecho y casi siempre todo ha salido bien gracias a que el paciente me tiene paciencia y nos escuchamos, a que el equipo de la clínica no me deja sola y juntas pensamos, a que tengo a CES para resolver mis dudas... estando aquí te das cuenta de lo pequeña que eres y tu ego regresa a su lugar” (17).

Las diferencias anteriormente descritas pueden deberse a la calidad y cantidad de experiencias a las que están expuestos los pasantes durante su año de servicio social en la sierra de Chiapas, sin embargo, es importante recalcar que durante este año también han tenido un intenso acompañamiento de parte de la institución Compañeros En Salud que, dentro de sus principios, fomentan e inculcan el cuidado humanizado de la salud. Otro factor importante es que durante el año de su servicio han tomado el diplomado de Derecho a la Salud en el que se trabajan temas como: salud mental, autocuidado, derechos humanos, etc., mismos que impactan significativamente en los médicos en formación.

6.3 El autocuidado

El Concepto de Autocuidado

Para la mayoría de los pasantes, el concepto de autocuidado tiene una fuerte relación con el cuidado de su propia persona y sus necesidades para poder fortalecerse y enfrentar los desafíos que se puedan presentar. Uno de los interlocutores definió el autocuidado de la siguiente forma:

“Autocuidado, es la capacidad de poder mirarte, entender que eres una persona con muchas esferas, físicas, emocionales, psicológicas, y que estas necesitan mantenimiento frecuente” (7).

Sobre las esferas del autocuidado, la mitad de los médicos contestaron con poca precisión y enfatizaron su respuesta en acciones enfocadas a la dimensión física del autocuidado que les permite sobrevivir como comer, dormir y bañarse. La otra mitad de los médicos profundizaron significativamente en sus respuestas, pues al describir el concepto señalaron que para cuidar de sí, es importante conocerse a uno mismo. Recalaron la importancia de conocerse a uno mismo para poder identificar cuál es su necesidad y cómo poder cubrirla. Al respecto uno de los interlocutores señaló:

[Autocuidado es] “intentar protegerte y que no te afecte tanto algo malo. Es saber qué cosas puedo evitar porque me hacen daño y así puedo estar tranquila... Es continuar con ilusión y animo, conocer mis límites, saber cuándo ya no puedes más y debes parar la consulta o lo que sea” (17).

Esta reflexión enlaza el autocuidado en el trabajo, con uno mismo y a al autoconocimiento como se observa en el siguiente relato:

“Es conocerte y escucharte para saber qué te hacer bien y qué no, es luchar y no dejarte ahí tirada en la depresión y ansiedad. Es buscar diferentes formas de hacerlo, hasta encontrar algo que te ayude a tener un estilo de vida que te haga sentir bien” (11).

Los interlocutores identificaron diferencias entre el autocuidado y otros conceptos que pueden resultar confusos. El personal médico señaló que el autocuidado no debe ser una actividad sencilla que distraiga a la persona de su malestar como el consumo de alcohol o drogas, acceso a servicios de belleza, etc. sino que debe ser una acción que sea tomada desde un autoconocimiento mayor que ayude a superar el malestar y genere bienestar para la actualidad y el futuro, como se aprecia en el siguiente relato:

“A veces confundimos autocuidado con mascarillas y chocolates pero es mucho más, implica organizarte, poner límites, ver qué vas a permitir y qué no... saber que la vida y trabajo son complementarios... nos ayuda a ser mejores médicos, si duermes, comes y estas bien física y mentalmente” (3).

Por otra parte, para algunos de los médicos entrevistados es importante generar estrategias que no sólo garanticen su bienestar actual, sino que también les permita promover un mejor futuro en el que se preserven las funciones y le permitan a la persona mantener características identitarias, uno de los interlocutores manifestó al respecto:

“Cuidar o preservar lo que eres tú, preservar lo que vas a ser en un futuro, qué comes, cómo duermes, pensar en que lo que hago ahorita determina el futuro, determina quién soy y a dónde voy, así que tengo que conocerme mucho para tomar decisiones inteligentes y cuidarme” (16).

De la misma manera, algunos de los entrevistados señalan la necesidad de sentirse vulnerables para poder identificar la necesidad de cuidarse como se observa en el siguiente testimonio:

“Cómo médicos, en muchas ocasiones nos hacen creer los pacientes, otros médicos y la sociedad que somos robots, que somos invencibles y esa soberbia es la que más daño nos hace y más daño hace a nuestros pacientes. Autocuidado, es la capacidad de decir: soy importante... es aceptar y entender que soy vulnerable y necesito cuidarme o voy a colapsar cómo persona y cómo médico” (9).

Al hablar sobre algunos de los mayores temores que como médicos podrían tener, los pasantes manifiestan que les es muy importante dejar claro que las prácticas de autocuidado son para la promoción de su propio bienestar, pero no implican una falta de compromiso con el bienestar de sus pacientes.

Al explorar algunos de los puntos que más ansiedad podrían generarles sobre la realización de las prácticas de autocuidado, mencionan el temor a que algún paciente bajo su cuidado falleciera o perdiera significativamente la salud mientras ellos como médicos se encontraban descansando o en su horario de comida; la mayoría de los pasantes comentan que sentirían culpa por no haber estado al lado de su paciente e, incluso, algunos creen que podrían caer en un cuadro de ansiedad o depresión por la sensación de no haber podido evitar dicha situación y, además, no haber estado acompañando a su paciente ante la situación crítica. Pese a que la mayoría mostró preocupación y angustia ante este tema, también la mayoría utilizó frases para su consuelo como:

“Cuándo me fui, estaba estable, nunca lo habría abandonado, hice lo mejor que pude, Yo hago lo mejor, Por algo pasan las cosas” (12).

Dentro de estas estrategias de autocuidado en las que los pasantes buscan ser más condescendientes con la exigencia a la hora de cuidar de los pacientes, aparece un interesante debate entre la línea que nos permite identificar cuando una conducta promueve el autocuidado o cuando una conducta es realizada por falta de compromiso o interés de parte del médico hacia sus pacientes. Al respecto uno de los médicos mencionó:

“Creo hay que poner a los pacientes primero y en cuanto tienes el momento lo aprovechas, piensas en las dos personas, ¿quién lo necesita más? ¿El paciente que quizá está muy graveo o yo que necesito fortalecerme? Hay que negociar con uno mismo para encontrar un punto de equilibrio” (6).

“La falta de compromiso no sólo se nota en si estuviste para el paciente o no, sino cómo fue la calidad cuando te le acercaste, más allá de la receta que diste, cómo se involucra el médico con el paciente, identificar la necesidad del paciente, a veces una crisis de ansiedad es más urgencia que otra cosa. El compromiso se nota cuando sabes cuidar. Si después de cuidar, realmente, decides tomar un momento para ti para tu autocuidado, es difícil que haya gente que te critique... incluso tú te criticas menos y te das más chance” (10).

6.3.2 Conocimientos previos y conocimientos nuevos

La mayoría de los pasantes de servicio social entrevistados manifestaron no haber tenido reflexiones sobre el autocuidado durante sus estudios y, las pocas ocasiones en las que se mencionó el tema, comentan que fue de manera informal debido a que algún profesor mostraba preocupación por sus alumnos y no habló con ellos sobre la importancia de procurar su bienestar. Los estudiantes recuerdan que, las pocas veces que se llegaron a tratar estos temas fueron en materias como Psiquiatría y Ética. Algunos de los interlocutores relataron:

“Alguna vez platicamos del autocuidado en una clase de Ética ... era un doctor grande de edad que siempre analizaba mucho” (14).

“En Psiquiatría hablamos del concepto y cómo los pacientes deben de cuidarse pero nunca lo vimos relacionado con nosotros o la carrera” (8).

“A veces te enseñan en las guardias a [tener cuidados personales en] lo físico pero no en lo emocional” (4).

Adicional a esto, los entrevistados indicaron que, en la práctica cotidiana de la medicina como estudiantes reciben constantes mensajes que fomentan conductas de descuido y se fomenta una cultura de crítica al autocuidado por lo que el concepto de autocuidado o “cuidado de sí” resultó muy confuso para muchos estudiantes durante mucho tiempo. Casi siempre, cuándo se llegaba a hablar sobre acciones “para estar mejor”, realmente se daba solución a los problemas a través de la automedicación o el consumo de alcohol, cigarro u otras drogas o autocrítica. Algunos testimonios señalan estas prácticas nocivas:

“Cada vez que tenías cansancio te decían que tomaras un café en lugar de darte chance de descansar o ir a comer, era muy confuso porque los mismos profes lo hacían así que parecía normal y pues así lo hacíamos nosotros” (3).

“En el internado te motivaban a olvidarte de la escuela un rato y a veces hasta los profes te invitaban la botella [de licor], sólo ahí ellos se relajaban un poco y cotorreaban” (5).

“Si en el internado pedía un minuto te decían ¿Por qué te quejas? ¿Estás aquí por tu voluntad, no? ¿Quién te obligó a estudiar medicina? Hay tanta gente que estudia gastronomía ¿Por qué no lo consideras?... el mensaje era, que si querías ser médico, tenías que vivir sin respiro” (15).

“En la universidad parece que te enseñan justo lo contrario [al autocuidado], más bien parece que te quieren llevar a un punto de quiebre de no comer, no dormir bien. Lo fomentan los hospitales, los residentes no tienen ni tiempo para pensar en sí mismos. Los accidentes no sólo son con los pacientes, sino con ellos mismos, incluso chocan al manejar, caen mucho en el alcohol porque creo es una forma de desahogarse, incluso algunas sustancias. Muchas veces es enseñado de arriba hacia abajo, médicos adscritos lo primero que hacen es ir a tomar alcohol. Es feo, porque el propio sistema te lleva a pensar que el autocuidado no es importante” (13).

La mayoría de los pasantes recalca que en la residencia el desgaste llegó a ser tan crítico que tuvieron que emprender acciones de cuidado para poder sobrellevar o rescatar su salud mental y física y que, a partir de este momento, se incrementó significativamente un cuestionamiento sobre las funciones del autocuidado en su vida. Al respecto uno de los informantes manifestó:

“Colapsé y tuve que ir a Psicólogo, pensé que todo estaría bien rápidamente y la verdad es que, además de la terapia tuve que ser medicada por un Psiquiatra. Me he dado cuenta de que no estoy sola, muchos compañeros pasaron cosas parecidas. Ahora me cuido mucho, no quiero volver a ese período tan horrible, sentía que no podía más con la vida” (14).

Desgraciadamente la mayoría de los pasantes reconocieron haber pasado por momentos críticos en los que sintieron que su salud física y mental estaba comprometida. La falta de guía hacia el autocuidado dentro de su formación en medicina, aunado al ejemplo de otros médicos, llevo a muchos de los estudiantes al consumo de alcohol o sustancias tóxicas pensando que con ello, podrían lidiar mejor con la situación.

Al darse cuenta de que el desgaste no disminuía, 4 médicos mencionaron que incluso llegaron a pensar en el suicidio.

A partir de su experiencia de trabajo en el servicio social bajo la supervisión de CES, la mayoría de los pasantes cambiaron su perspectiva acerca del cuidado y, por primera vez, el tema se abordó en un espacio entre médicos. Al respecto mencionaron:

“En CES me enseñaron que la salud mental es muy importante y tenemos que tener un punto de contacto ante cualquier emergencia. La vez que tuve mi primera crisis de ansiedad dije, ¿Qué es esto?” (6).

“A veces los doctores se creen máquinas, ya tienen un pensamiento de cómo funciona el sistema y creen que no necesitan estrategias de autocuidado, a veces la familia o el lugar en donde están les ofrecen opciones para cuidarse y, aunque las tengan, luego no las toman, es necesario que los médicos veamos la importancia del autocuidado para aprovechar las oportunidades que se nos dan” (1).

La mayoría de los pasantes resaltaron la importancia de que el tema sea abordado durante su formación como médicos para prevenir situaciones como las que muchos experimentaron.

Recalaron que es de suma importancia posicionar el tema para poder comprender la complejidad del autocuidado y para ello proponen:

“Este tema no solamente es importante en la escuela, también debería ser en las clínicas, hospitales y otros espacios en donde laboramos como médicos. Se deberían de propiciar espacios para autocuidado como yoga y otras actividades que no tengan que ver con su trabajo...” (11).

Dentro de las propuestas que se mencionaron durante las entrevistas para realizar cambios durante la formación médica, los temas de mayor interés fueron:

- ¿Cómo identificar el momento de pedir ayuda y cómo identificar cuando la salud física y mental empieza a deteriorarse?
- ¿Cómo ser más objetivo en la labor médica y no sentir tan intrusivamente el desgaste asociado al movimiento emocional que conlleva el proceso de salud-emocional en sus pacientes?
- ¿Cómo marcar límites claros y asertivos ante las demandas de los pacientes sin ser violentos o mostrarse fríos ante el sufrimiento ajeno?
- Estrategias emocionales y de respiración para la gestión de las emociones, el estrés y el autocontrol.
- Estrategias para el desarrollo de la inteligencia emocional y el autocuidado.
- Espacios en donde se hable del desgaste laboral (bournout), trastornos mentales en médicos e incluso el suicidio.

6.3.3 Prácticas de autocuidado

Al indagar acerca de las acciones de autocuidado que lleva a cabo el personal médico pasante de servicio social que trabaja en la sierra de Chiapas bajo la supervisión de CES, se identificaron tres dimensiones: emocional; moral y físico.

Respecto a las acciones de autocuidado, la mayoría identifica que son diferentes a las que tenían previamente al llegar a la comunidad, sin embargo, algunas se mantienen o han logrado modificarse de tal forma que siguen generando alternativas para cuidar de si mismos. Al respecto uno señaló:

“En la sierra descubrí cosas: que es duro acompañar, la violencia sexual que no sé cómo la soportan, hay mucho machismo, nada que ver con expresar el amor. Yo soy la que tuve que cambiar para poder entender y ayudar... me di cuenta que tengo que poner límites, me la vivía preocupada y no podía ni dormir, tuve que empezar a tener mecanismos para quedarme con las cosas útiles pero cuidar, ante todo, mi salud mental y mi autocuidado” (6).

Para tomar acciones de autocuidado mencionaron:

“Lo primero, darle un valor al autocuidado, concientizarse porque, si no, la repercusión a largo plazo es peor, ya después, buscar qué es lo que me hace bien, lo que me gusta y funciona. Algunos compañeros hacen ejercicio. Hay muchas conductas de riesgo en cuanto al alcohol pero esa es su forma de relajarse. Creo ayuda a olvidarte que eres doctor, que no sabes nada de medicina en este momento.... Los doctores promueven comer bien, no tomar, así que cuando estás haciendo lo contrario puedes decir: no soy doctor ahorita....” (17).

Dimensión Emocional Autocuidado

Los desafíos emocionales que confrontan los médicos en las comunidades son muchos. Algunas estrategias de autocuidado emocional que emprenden para fortalecer su salud mental son: platicar con los compañeros, leer, escuchar música, organizar las comidas de la semana, limpiar, arreglar mi cuarto, acariciar algún perrito o mascota, planear y viajar.

A algunos pasantes les es útil generar rutinas e intentar seguirlas durante su semana para poder tener una sensación de control sobre su tiempo, prioridades y actividades. El siguiente testimonio da cuenta de ello:

“Hay que luchar contra la sensación de urgencia, poner horarios para cada cosa, hacer listas y orden porque, si no, pasas por alto una y otra vez cosas que deberían ser prioridad, no siempre se puede hacer todo, pero me da paz intentarlo” (5).

Otras acciones señaladas fueron asistir a terapia, realizar ejercicios de respiración activa y buscar espacios para platicar las emociones con personas de confianza. Uno de los interlocutores señaló:

“Hay que buscar sacar la preocupación e intentar no darle vueltas a lo que me preocupa, si no, te persiguen por siempre” (11).

Varios pasantes de servicio social recalcaron la importancia de dedicar un tiempo diario a pensar en sí mismos, su propósito y su proyecto de vida a través de verse al espejo, escribiendo en un diario o simplemente hablando consigo mismos, lo cual se refleja en el siguiente testimonio:

” Hay que darse unos minutos para verse en un espejo para ver si lo que ves te gusta, si te ves cansado, si tu piel y tu persona no te gustan quiere decir que algo tienes que cuidar.

Aunque los demás te digan que te ves mal, si tu estás contento por cómo estás... creo necesitas pensar qué haces con tu vida, hablarte y escucharte... echarte porras y hablarte bonito..." (7).

Otro pasante mencionó

"Mientras camino pienso en por qué estoy aquí, qué estoy haciendo, qué pretendo hacer con mi vida, es un tiempo para mí y me da paz" (11).

Dimensión Moral Autocuidado

Los pasantes tienen valores morales diversos respecto a su autocuidado y muchos de estos valores están basados en creencias espirituales. Cuatro de los pasantes manifestaron abiertamente ser católicos y creer profundamente en Dios, por lo que para ellos, el autocuidado debe de estar íntimamente ligado con darse un tiempo diario para hacer oración, realizar algunas lecturas bíblicas o dedicar tiempo a rituales católicos (como asistir a misa, confesarse, etc.) que les permita fortalecer su relación con la iglesia.

Los demás pasantes, tienen diferentes creencias, algunos profesan una fe basada en ideologías o posturas teológicas estructuradas mientras que, otros, se muestran agnósticos ante la creencia de un Dios que dicte las normas morales que regulen la convivencia consigo mismos. Pese a esta diversidad de posturas, la mayoría de los pasantes refieren sentirse muy cercanos a la naturaleza y a los nuevos espectáculos naturales a los que están teniendo acceso desde que llegaron a vivir a las comunidades Chiapanecas. La mayoría disfruta significativamente tener caminatas y explorar zonas naturales que rodean a la clínica en donde trabajan y, de esta manera, cuidan de sí con acciones que les reconfortan, como se evidencia en el siguiente relato:

“Caminar por la sierra y recordar lo conectado que estoy con la naturaleza, disfrutar la magnitud y maravilla de lo que nos rodea... eso me hace sentir conectada con algo grande, no sé qué sea ni cómo se llama pero me siento fuerte... siento que hay un lugar en el mundo para mi, qué toda esa belleza tengo que respirarla, llenarme de ella...” (3).

Finalmente, sobre este tema, la mayoría de los pasantes en algún momento de su discurso reiteró que ante momentos de crisis les resulta muy importante recordar que, aunque sean médicos, existe una fuerza superior que a veces es la que toma decisiones sobre la vida y muerte de las personas, por lo que, no siempre pueden hacer un cambio al respecto. Esta jerarquía en la que se posicionan frente a la vida de sus pacientes, en la que ellos mismos deben aceptar situaciones que no desearían, modifica la carga de responsabilidad que tienden a sentir y genera un bienestar muy importante para la salud mental de los pasantes. Uno de los interlocutores señaló al respecto:

“Sé que a veces las cosas son como son y ni modo, aunque yo como médico me dedique a estudiar mil horas, aunque yo haga todo lo que está en mis manos, a veces el paciente fallece, a veces ellos deciden no escuchar, a veces simplemente me toca permitir que las cosas fluyan, siempre haciendo lo mejor que puedo pero confiando y sabiendo que no todo está en mi...” (1).

Dimensión Material Autocuidado

Algunas de las acciones de autocuidado que les permiten sentirse fortalecidos físicamente son, tomar café por las mañana, bañarse con agua caliente, realizar estiramientos o ejercicios en algún momento del día, comer sanamente, descansar y buscar actividades de ocio que les permitan despejarse. A continuación se desarrollan cada uno de estos temas.

En cuanto a la alimentación, la mayoría de los pasantes han tenido cambios importantes en sus hábitos alimenticios desde que llegaron. Existen algunos casos en los que los pasantes son los encargados de sus alimentos o los que se preparan desayuno y cena; sin embargo, en la mayoría de los casos, los pasantes realizan un pago mensual a alguna familia que se encarga de preparar las comidas diarias. Esta situación para muchos ha supuesto un cambio importante en su dieta ya que los platillos preparados tienden a basarse en legumbres y carbohidratos y muy poca proteína. Al respecto uno de los interlocutores mencionó:

“Aquí es difícil conseguir fruta y verdura y comen poca carne... una forma de cuidarme y consentirme es ir al pueblo y traer fruta, la disfruto muchísimo pero no dura todo el mes así que sólo es por unos días” (4).

Por otro lado, más de la mitad de los pasantes comentaron que desde que llegaron a la comunidad han aumentado sus porciones de comida ya que, al tener a alguien que les esté cocinando continuamente, ayuda a que no pierdan sus tres comidas al día y que haya alimentos continuamente listos para su ingesta. Adicional a esto, la comunidad continuamente les regala comida preparada y esto hace que también se les acumule la cantidad de porciones.

Ahora bien, irónicamente, pese a que los pasantes constantemente tienen comida lista para el consumo, normalmente no tienen tiempo suficiente para consumirla tranquilamente y en un horario específico ya que constantemente están atendiendo urgencias médicas o logísticas que requieren de su atención. La mayoría de los pasantes conforme se van adaptando a la comunidad, van desarrollando estrategias para tener una mejor rutina en su alimentación, sin embargo, esto a veces supone un reto muy grande para ellos. En dos casos, los pasantes han tenido fuertes complicaciones físicas debido a esta situación ya que han llegado a bajar hasta siete kilos en cuatro meses. Una de las pasantes que presenta esta situación relató:

“Me siento muy descompensada, es mucha caminata, movimiento continuo, me alimento menos porque no estoy acostumbrada a la comida de aquí, extraño las frutas y verduras.... Cuando estoy atendiendo pacientes y sé que aún hay pacientes en la sala de espera no puedo salir a comer y ni modo, a veces logro comer hasta las 8pm y ya ni hambre tengo” (11).

Contrario a esta situación, existen otros casos como el que se relata a continuación:

“Nunca había desayunado, vivo con la enfermera y nos turnamos la preparación de la comida así que en las mañanas aunque me haga el loco, salgo de mi cuarto, veo el desayuno y no voy a hacerle el feo... luego llega la gente y me trae comida, tengo snacks en mi cajón que compro en el pueblo, como no sé a qué hora voy a comer, cada que tengo 2 minutos libres, mientras hago notas o espero algo aprovecho para comer ... Al salir de la clínica voy a comer y hay mucha tortilla en los platillos, después de 6 meses me siento rodando” (12).

Pese a que este tema tiene muy diversas formas de experimentarse, un punto de coincidencia muy importante entre todos los pasantes es el hecho de que su capacidad de ingesta y su calidad están significativamente relacionadas con su salud mental. En varias ocasiones mencionan que consumen mucho café para sobrellevar la carga laboral y que en épocas de mucho estrés tienden a tener variaciones en su consumo calórico (algunos comen muchísimo más de lo normal mientras que, otros, pueden dejar de comer por varios días debido al estrés).

Respecto al descanso, la mayoría de los interlocutores manifestaron que les es difícil tener una rutina adecuada del sueño debido a que en muchas ocasiones llegan urgencias médicas nocturnas

que deben ser atendidas, esta situación requiere que el pasante esté alerta durante la noche y en ocasiones, incluso, deba desplazarse hasta la vivienda de un paciente que requiere atención inmediata. Uno de los informantes relató:

“Al inicio no dormía, me daba miedo que llegara una urgencia. En la escuela no te enseñan a atender urgencias sola, siempre tenías médicos atrás. Durante la noche me despierto varias veces pues creo que escucho ruidos y pienso, quizá viene una urgencia. A veces cuando pasa una urgencia y regreso a la casa ya no puedo dormir pensando en el caso o simplemente ya es muy tarde, la clínica siempre abre a la misma hora y ni modo, esa noche no dormí” (8).

Esta situación es una de las mayores preocupaciones de los pasantes y es uno de los factores que más desgaste representa para ellos. Algunos entrevistados mencionaron que incluso han caído en crisis de ansiedad durante las noches y que esto no les permite descansar adecuadamente. Otros, intentando prevenir esta situación, han iniciado el consumo de medicamentos que les ayuden a regular su descanso. El siguiente testimonio da cuenta de esta situación:

“Yo duermo con ropa, me da miedo que llegue una urgencia y no la escuche o no sepa cómo reaccionar rápidamente. En el cuarto hay mosquitos, la cama es dura y tengo el cortisol al máximo todo el día así que, en la noche, es imposible descansar. He caído en un caos con esto, empecé a ir con el Psiquiatra y ya me dio medicamento porque de verdad ya no podía más, ahorita estoy logrando dormir cuatro horas diarias aproximadamente y me siento mejor. La enfermera me ayuda a determinar si es urgencia un caso y ya ella decide si me despierta. Tengo que confiar en ella y relajarme o me vuelvo loca” (13).

Pese a que muchos de los pasantes de medicina han vivido esta estresante situación, es notorio el cambio en la narrativa de los que llevan más tiempo viviendo en la comunidad, pues han desarrollado estrategias de autocuidado que les ha permitido mantearse más tranquilos frente a esta situación, como lo señala uno de los interlocutores:

“Decidí que tenía que poder dormir, así que me puse tapones en los oídos y a dormir, junto a mí dejo mi celular siempre con pila y si alguien me necesita me marcan y ya me despiertan. Además, ya le dimos mil pláticas a la comunidad sobre lo qué si es urgencia y lo qué puede esperar, eso ayudó mucho y en la noche ya no me buscan tanto. No duermo delicioso, pero sí he sentido un cambio importante” (10).

La mayoría de los pasantes comentan que duermen entre seis y ocho horas diarias. Tres de ellos procuran tener un tiempo para siesta de 20 a 30 minutos diarios a la hora de la comida pues mencionan que esto los revitaliza significativamente para el turno de la tarde o reponerse en caso de que durante la noche hayan atendido alguna emergencia.

En cuanto a actividades de ocio, mencionan el ejercicio, conversación con gente de la comunidad, la fotografía, caminatas, lectura, escuchar podcasts, videojuegos, redes sociales, escuchar música, ver alguna serie, ver la televisión abierta con alguna familia, pintar, hacer jardinería, realizar actividades con la comunidad como tamales, aprender algún guisado o costura, etc.

Un aspecto que se repite continuamente es la importancia de establecer una pequeña rutina de ejercicio que se pueda ejercer constantemente pese a la carga laboral que tienen los pasantes. La mayoría intenta hacer algún ejercicio que le permita sentirse conectado con su cuerpo y que esto promueva su bienestar. Algunas de las actividades que realizan son: salir a caminar después de

la consulta con alguna persona de la comunidad o solos, ir a nadar los fines de semana, recorrer senderos, salir a correr por la mañana, hacer yoga, hacer estiramientos entre consultas, jugar futbol, realizar algún deporte con otros jóvenes de la comunidad o jugar a las atrapadas con los niños a la hora de la salida de la escuela, etc.

Otro aspecto importante del cuidado es el consumo de sustancias o fármacos. Al respecto se observó que la mayoría de los pasantes consumen de tres a cinco tazas de café el día, este consumo de cafeína puede estar afectando significativamente su capacidad de relajación y descanso por las noches, sin embargo, los pasantes creen que esto es necesario para poder sentirse con la vitalidad necesaria para atender su trabajo durante el día.

Únicamente dos de los interlocutores mencionaron que consumen tabaco continuamente, aunque señalaron que mientras están en la comunidad procuran limitar los cigarrillos pese a que, en ocasiones, esto representa niveles de estrés fuerte, pues la adicción les genera ansiedad y un intenso deseo. Fuera de comunidad, la mayoría de los pasantes aceptaron consumir alcohol y tabaco durante sus días de descanso. En varias ocasiones, los mismos pasantes reconocieron que es inadecuado y triste que, durante los encuentros, sea necesario el consumo de alcohol y tabaco para relajarse y convivir.

En cuanto a otros fármacos, la mayoría de los pasantes aceptan que han llegado a auto medicarse para mantener un alto rendimiento en su trabajo. Algunos de los fármacos más consumidos son antigripales, antiespasmódicos para los cólicos menstruales, relajantes musculares para dormir por las noches, antidiarreicos y antibióticos. Por otra parte, algunos pasantes han consumido de manera continua bebidas energizantes en algún momento de su formación profesional como las producidas por la marca "Red Bull" o "Monster".

“No hay tiempo para enfermarse, si uno tiene gripa se toma los medicamentos que sean necesarios para poder seguir atendiendo, te pones un cubre bocas, quizá te tomas un Red Bull y a seguirle que tienes una fila larga esperando afuera. si, sé que a veces el descanso sería lo ideal, pero ni modo” (15).

6.3.4 Prácticas, experiencias y vivencias de autocuidado

Los pasantes reconocen que “cada cabeza es un mundo, lo que para mi puede ser distracción para el otro puede ser autocuidado, por ejemplo, ponerse a platicar con otra persona...” (8) sin embargo, la mayoría de las acciones mencionadas tienen ciertas características que se mencionan a continuación:

Contactar con su cuerpo

La mayoría de los pasantes identifican que sienten que están cuidando de si cuando realizan actividades que les permiten contactar con su cuerpo y saciar necesidades muy básicas, pero también actividades que les permitan volver a concentrar su atención en sensaciones corporales, que les permitan “acordarme que tengo un cuerpo, revivirlo” (8).

En este sentido uno de los interlocutores señaló:

“Comer, dormir está bien pero creo también algo que me haga sentir algo fisiológico, como mariposas en la panza, que me produzca sensaciones de bienestar y tranquilidad. Algo que me permita sentir que tengo manos y pies, que me duelan los músculos del ejercicio o al contrario, que me ayuden a relajarme para sentir paz y escuchar el cuerpo” (10).

Salir del rol médico

La mayoría de los pasantes de servicio social entrevistados refirieron que para autocuidarse necesitan desarrollar actividades en las que puedan distanciarse de su rutina normal y, sobre todo, del papel de médico que deben cumplir normalmente, pues esto les otorga libertad de responsabilidades y les permite sentir una mayor conexión con ellos mismos y su entorno sin necesidad de mantener el rol del médico. Dos de los interlocutores manifestaron lo siguiente:

“Necesito reírme, olvidarme de que soy la Dra. de la comunidad. Me sirve cocinar o salir a pasear, sobre todo los domingos para que no me encuentren y realmente sea mi día de descanso sin sentir la responsabilidad tan inmensa que siento diario” (16).

“Me gusta estar solo un rato, aprender cosas nuevas de historia, geografía, no importa lo que sea pero que no sea de medicina. A veces también puede ser de medicina pero sin responsabilidad frente a un paciente, por ejemplo, practicar suturas, tipos de nudos, la cosa es que no sienta obligación, que sea como un juego” (13).

Vínculos afectivos

Los pasantes resaltaron que un elemento de suma importancia para su autocuidado es realizar actividades que les permitan vínculos afectivos fuertes, es decir, sentirse cercanos, abiertos y en contacto con la gente que aprecian. En la mayoría de los casos, estos vínculos afectivos son con la familia nuclear, parejas o amigos de su ciudad de origen, sin embargo, en algunas ocasiones también se refieren a vínculos con alguna amistad que han desarrollado dentro de la comunidad en la que trabajan, con quien pueden compartir su día a día y que estas pláticas fortalecen su cuidado. Uno de los pasantes manifestó:

“Cuando quiero apapacharme le marco a mi papá y hablo un rato con él o con mi hermana y siento mucha fuerza... sentirlos cerca me ayuda muchísimo” (11).

Convivir con la naturaleza

Un punto reiterativo en el discurso de los pasantes es la importancia de convivir con la naturaleza, a veces en un espacio de soledad, a veces en convivencias con gente que les generen confianza, pero que se les permita disfrutar de los paisajes, caminos, vegetación y espectáculos naturales que en las localidades pueden apreciarse. Este punto es uno de los más significativos para muchos de los pasantes ya que representa un importante cambio en sus vidas pues anteriormente vivían en ciudades o zonas con poca naturaleza. Esta nueva forma de autocuidarse resulta muy placentera para la mayoría y ha sido un grato descubrimiento que desean preservar para el futuro.

Sensación de logro profesional

Al profundizar sobre los elementos que debe tener una práctica de autocuidado para que realmente les fortalezca, la mayoría de los pasantes recalcó el bienestar tan grande que sienten al reflexionar, escuchar, repetirse o percatarse que están cumpliendo sus objetivos y están logrando un importante crecimiento tanto profesional como personal. Una de las interlocutoras señala al respecto:

“Cuando no puedo más, me detengo a ver a los pacientes, el movimiento de la clínica... empiezo a agradecer, siento que todo el esfuerzo ha valido la pena... que debo confiar en mis conocimientos y capacidades y saber que estoy dando todo de mi parte” (5).

Esa sensación de logro de la que hablan los pasantes se basa en cinco puntos principales:

1. Saberse factor de cambio en la vida de sus pacientes: “lo mismo que me desgasta, me fortalece. La conexión con los pacientes me impulsa a seguir haciendo lo que hago... saber

- que puedo ayudarlos de alguna forma, ver que van mejorando y que regresan, que puedo tener un impacto en la vida de la gente” (12).
2. Sentir cercanía y confianza de parte de sus pacientes: “es increíble sentir que me he ganado la confianza de los pacientes. Al principio estaban renuentes y ni siquiera querían acercarse a la clínica... poco a poco me han compartido su cariño. Son muy agradecidos, regresan a su consulta, es maravilloso” (9).
 3. La confianza que los pasantes sienten en sí mismos, muchas ocasiones también viene de la confianza que sus pacientes y equipo depositan en ellos. “A veces los mismos pacientes me tranquilizan, me escuchan y saben que no todos los medicamentos son milagrosos a la primera. Me dicen, está bien doctorcita, si usted cree que hay que cambiar yo le creo y lo hago.... Me recuerdan que confían en mí” (11).
 4. Identificar los cambios que se han generado en sí mismos y en su proyecto de vida. “Cuando no puedo más me detengo y me miro al espejo, hay que darse cuenta de lo lejos que estoy hoy de quien era hace unos meses.... A veces me sorprendo haciendo cosas que antes me daban miedo o necesitaba de otro Dr. para atreverme... darme cuenta de lo que he aprendido y crecido en este año me da fuerza para seguir y saber que vale la pena” (17).
 5. Tener un ambiente laboral sano es una sensación de logro muy importante para los pasantes. “En el hospital era horrible sentir que estaba trabajando sola, que los pacientes sólo eran estadísticas y, realmente al sistema no le importa el humano... en RX casi te hacían el favor de entregarte los estudios cuando era su obligación, tenía que estar llevando regalos y dulces para que se apuraran con tus casos... eso realmente es desmotivante” (10). Otra de las pasantes añadió: “Saber que cuento con un equipo de trabajo que está para mi y yo para ellos, que confían en mí y yo en ellos... saber que vamos caminando juntos al mismo objetivo me encanta y da energía para seguir” (8). Una más manifestó: “Sentirte orgullosa de tus colegas es una sensación increíble, verlos y decir: Wow!!! ¿Por qué trabajo con gente tan chingona? muy diferente a llegar y decir ¡ay no! ¿Por qué este tipo otra vez?” (2).

6.3.5 Prácticas de autocuidado ante situaciones críticas

Ante situaciones críticas en las que el desgaste se manifiesta a través de una crisis de llanto, agotamiento, enojo u otras emociones desmedidas, los pasantes buscan realizar las prácticas de autocuidado anteriormente descritas buscando autocontener sus emociones. Sin embargo, en ocasiones requieren también:

Tiempo fuera

Pausar unos minutos la actividad que se estaba realizando previamente y dedicarse un tiempo para descargar la carga emocional. Una de las interlocutoras indicó:

“En cuanto termino un paciente o encuentro un minuto para salir corriendo, me doy ese tiempo camino, corro, lloro o simplemente estoy conmigo 10 minutos y regreso mucho más revitalizada” (18).

Piden apoyo al equipo de trabajo a la comunidad explícitamente

Al respecto mencionaron: “Es muy difícil que lo diga explícito, pero en crisis prefiero decírselo a dos personas de confianza a que toda la comunidad se dé cuenta. Les pido ayuda para darme un tiempo y normalmente se encargan de que todo esté bien para que yo pueda respirar tantito” (12).

Repasar sus necesidades básicas e intentar saciarlas

Uno de los pasantes de servicio social señaló: “Me detengo un segundo y pienso, ¿Ya comí? ¡Tengo que estar hidratado! Tomo agua, incluso me duermo un rato o dormito en la silla” (13).

Buscar actividades que les ayuden a reconectarse consigo mismos

“Escucho mi música, esa que siempre me ha gustado...” “leo sobre historia o veo las noticias de la CDMX, son cosas que me hacen sentir que estoy en casa” “A veces me baño a la mitad del día con agua calentita, me apapacho unos minutos y estoy conmigo, me hace mucho bien”, “Escribir es una gran opción, saco una pluma y me desahogo escribiendo todo, siento mucha paz después”, “Yo cocino, me acuerdo mucho de mi mamá y me hace bien, a veces estoy llorando mientras cocino y siento como si ella estuviera conmigo” (6).

Reorganizar su espacio y tiempo

“Sentir que tengo el control, hago listas de pendientes, organizo el espacio, las citas, me pongo con la asistente a revisar pendientes, es importante” (8).

Realizar alguna actividad evitativa

“Veo series que me saquen de mi contexto, que me distraigan... intento suprimir todo lo que siento pensando en otra cosa. Ya cuando creo que soy más capaz de afrontarlo lo intento pero hace bien una distracción a veces” (10).

Pese a que en la mayoría de los casos de crisis se recomienda hablar sobre la situación, el personal médico no lo hace porque no está bien visto. El siguiente testimonio confirma el hallazgo:

“En el gremio, hablar sobre el miedo a la muerte o sobre tus inseguridades no está bien visto. Creo haría bien hablar al respecto, pero a veces nos enseñan a evitar el dolor y a hacernos locos... en mi caso, ante la crisis, escucho música e intento no pensar por un rato” (9).

6.3.6 Cambios en las prácticas de autocuidado

La totalidad de los entrevistados migraron a las comunidades de Chiapas para realizar su pasantía. A pesar de que algunos de ellos no provienen de grandes ciudades o tienen cercanía cultural con la zona, todos los entrevistados aseguran que han tenido que descubrir diferentes formas de cuidar de si mismos debido a los cambios culturales, sociales, logísticos, profesionales, etc. que se derivaron de su ingreso a CES y a vivir en las comunidades Chiapanecas. Algunas de las prácticas de autocuidado que han dejado de hacer son:

- Acudir a diversos espacios recreativos como conciertos, teatro, cine, restaurantes, etc.
- Manejar su automóvil o motocicleta por vías rápidas por varias horas.
- Pasar tiempo con la familia o amigos.
- Realizar actividades, tomar clases o hobbies específicos como tomar clases de pintura, clases de danza, ir a patinar sobre hielo, etc.
- Descansar con ciertas comodidades y, en ocasiones, ser atendido por alguien más, por ejemplo: Descansar en su habitación con aire acondicionado, cama cómoda y que su madre lleve el desayuno a su habitación.

Pese a que los pasantes han tenido que renunciar a algunas prácticas de autocuidado, también éstos reconocen haber ganado y descubierto nuevas formas de cuidarse, de cuidar a otros y, en general, han conocido nuevos elementos sobre su personalidad para poder cuidarse mejor.

6.3.8 Prácticas de autocuidado colectivo

El Autocuidado colectivo se presenta principalmente en tres formas:

Sensación de colectividad en la comunidad

Un punto muy importante para el autocuidado de los pasantes de medicina, es la sensación de colectividad con la comunidad en la que trabajan. La realidad de los pasantes de CES que se encuentran viviendo durante un año en las comunidades de región de la Frailesca de Chiapas, intensifica la necesidad de generar nuevos vínculos con la comunidad en la que se encuentran y, con ello, fortalecer el cuidado de si, como lo mencionó uno de los entrevistados:

“Darme el tiempo para conocer a la gente, la cultura, la comida, eso me emociona y siento cómo que me estoy cuidando... sentir el cariño de la gente pero también saber en dónde estoy y disfrutar el momento con lo que me está llegando” (4).

Otras acciones que mencionan son, participar en actividades de la comunidad como fiestas o celebraciones que les genera una sensación de colectividad y familiaridad necesaria para que su adaptación al nuevo entorno y su autocuidado puedan cumplirse. El siguiente relato da cuenta de ello:

“Me encanta que me inviten a cumpleaños o actividades de la comunidad y darme el tiempo para ir. A veces no puedo pero es un regalo para mi estar ahí, sentir el cariño y saber que esta es mi familia por este año, esta es mi casa y me toca también conocerla y disfrutarla” (9).

La colectividad con pares (otros pasantes)

La colectividad entre pares resulta de suma importancia en el caso de los pasantes de CES que se sienten especialmente acompañados por sus compañeros que se encuentran en situaciones similares a las que ellos viven y que, por ello, existe una conexión importante en la que se sienten acompañados y cuidados mientras ellos cuidan y acompañan a sus demás compañeros, como se observa en el siguiente relato:

“Platicar con los compañeros al bajar [a Jaltenago, a las capacitaciones] o en el chat entre pasantes o llamarnos entre nosotros ayuda mucho, es escuchar a otros que entienden la responsabilidad y lo que es estar ahí” (12).

Dentro de la colectividad con pares, algunas de las herramientas que más les son funcionales son, el chat de CES en donde pueden compartir sus ideas y recibir retroalimentación de sus compañeros, las actividades realizadas durante las jornadas de capacitación en las oficinas de CES, los viajes que emprenden juntos durante sus días libres, entre otros. Todas estas actividades generan una camarería especial y única que les da una sensación de complicidad y cercanía que ayuda a sostenerse en momentos de crisis.

Colectividad con sus compañeros de la clínica y de CES.

Aunque no todos los pasantes sienten este tipo de autocuidado colectivo, más de la mitad de ellos mencionó lo importante que es para su salud física y emocional el ciclo de cuidados que sienten con sus compañeros de la clínica, con sus supervisores y, en general, con el equipo de CES.

La relación dentro de la clínica con el equipo de enfermería, asistente, etc. es uno de los temas que más se menciona como una variante entre el autocuidado y el déficit de cuidado pues, la interacción con sus compañeros de clínica en el día a día, su organización y su forma de vincularse

dentro de las labores, marca una diferencia muy clara en las oportunidades que tiene cada integrante para promover su propio cuidado. Al respecto mencionaron:

“La auxiliar vive en la comunidad y conoce a todos, en las noches me acompaña a mi casa para que no vaya sola, a veces me trae desayuno y está al tanto de mi, la quiero mucho, ha sido muy especial... cuando yo bajo a la oficina y hago mi despensa siempre intento comprarle algo especial a ella o a su familia, cuando está muy cansada siempre le digo que vaya a relajarse un rato a la bodega... una vez, su sobrina se enfermó y pasé la noche entera con ella en su casa acompañándolas hasta que bajó la fiebre y se estabilizó. Quiero que sepa que estoy para ella así como ella está para mí” (16).

En cuanto a la relación con el equipo de CES (personal de supervisión y coordinación de programas) también es muy importante el vínculo ya que a través de visitas, llamadas, asesorías u otras formas de seguimiento, los pasantes se sienten acompañados y cuidados. Esta dinámica fortalece el autocuidado colectivo ya que, al entrevistar a aquellas personas que van a visitarles a la comunidad, mencionan que de su parte también sienten cuidado y satisfacción cuando comparten momentos con sus compañeros en comunidad. Una de las interlocutoras relató:

“Una de las cosas que más me ayuda a sentirme feliz y fuerte en el trabajo, es ir a la comunidad, pasar el día con los compañeros, con la gente. Saber que puedo ayudarles y a la vez yo recibo muchísimo de ellos. Los pasantes muchas veces se dedican a hacernos saber lo bienvenidos que somos, la comunidad nos recibe con comida, nos platican, nos cuidan mucho. Me voy fortalecida de cada visita” (18).

En este testimonio podemos evidenciar cómo el autocuidado colectivo va más allá del “ser atendido”, sino que se focaliza también en la posibilidad de ayudar a otros, de cuidar de otros y

cómo al lograr hacerlo y sentir el cariño de la gente que ha recibido mi ayuda, yo también me siento cuidado. Este circuito de cuidados en ambientes en los que se propicia el autocuidado de cada uno de los implicados, es la definición explícita de autocuidado colectivo.

¿Cuándo emprender acciones de autocuidado?

Ahora bien, pese a que en general existen redes de apoyo y autocuidado dentro de CES, un tema que tiende a resultar difícil para los pasantes es, sobre cuándo pedir ayuda pues, aunque los apoyos puedan existir, la mayoría de ellos no identifican en qué momento se debe solicitar.

Dentro de las respuestas más comunes entre los pasantes, identifican “el cansancio” como el indicador para comenzar a cuestionarse si deberían de realizar alguna acción de autocuidado. Este cansancio muchos de los pasantes lo identifican como una desconexión consigo mismos que los mantiene irritables, no les permite concentrarse a plenitud y que sesga su interacción con los pacientes, como se evidencia en los siguientes testimonios:

“Sé que necesito hacer algo para cuidarme cuando estoy irritable, cuando no estás poniendo suficiente atención en la consulta, cuando dejas de escuchar a un paciente porque no dejas de pensar en algo en tu cabeza..., intento concentrarme pero me cuesta... Quizá hay un momento antes de llegar a eso en el que se puede pedir ayuda pero aún no lo identifico” (5).

“Sé que es hora de pedir ayuda cuando me siento muy frágil, cuando todo me cansa, cuando me siento muy nervioso o incluso cuando siento que ya no encuentro sentido a todo lo que hago creo, es tiempo de descansar, ver a mi familia, platicar con alguien” (16).

Identificar el punto de necesidad de autocuidado es de suma importancia ya que con ello cada persona puede prevenir el desgaste. En la mayoría de los casos, identificar esto significa autoconocimiento y dominio de si mismo por lo que puede resultar significativamente desafiante para muchos, pero a la vez indispensable para garantizar su bienestar y salud.

6.3.7 Autocuidado colectivo: “Cuando yo pido ayuda a otros”

En el caso específico de pedir ayuda profesional psicológica o psiquiátrica, la mayoría de quienes la solicitaron aseguran que el apoyo psicológico debería ser visto como una acción preventiva que debería ser realizada antes de que la salud mental se vea comprometida. Pese a que los pasantes de servicio social tienen esta perspectiva preventiva, la mayoría acepta que, en su experiencia, no han recurrido a la terapia psicológica de manera preventiva, sino que han consultado al especialista tras haber presentado un cuadro de desgaste significativo que desencadenó episodios de ansiedad, depresión u otras afecciones asociadas al desgaste laboral y la falta de autocuidado. Es importante recalcar que el 80% de los pasantes han requerido de alguna intervención en crisis, tratamiento para la salud mental o medicación durante su formación como médicos; algunos de los diagnósticos con los que han tenido que lidiar durante los últimos años de su formación médica fueron: depresión, TDH, ansiedad, ideación suicida, trastornos del sueño, etc.

Al respecto, una de las entrevistadas, líder de la organización comentó:

“Cuando empezó el COVID, se incrementó la solicitud de atención a la salud mental, posiblemente por no poder ver a su familia o ver a sus compañeros para compartir sus experiencias. Vienen a pedir ayuda cuando algún par o alguien externo les motiva, les incentiva a través de recomendarlo y ofrecerlo, después de los resultados del tamizaje de detección de depresión o ansiedad. No es espontánea su búsqueda. Cuando llegan al servicio social, quieren hacer mil proyectos pero el cansancio y la carga laboral los va desgastando” (13).

La mayoría de los entrevistados reconocen que les fue muy difícil determinar el momento en el que debían solicitar ayuda profesional y comentan que muy probablemente debían haber acudido en cuanto empezaron a sentir el agotamiento, como lo señaló uno de los interlocutores:

“En mi caso [fui a terapia] fué cuando ya no podía más pero debería haber ido antes del caos. Es un cambio de mentalidad que tenemos que hacer... yo sabía que había una caja de pandora dentro de mi y que, necesitaba ayuda para abrirla y acomodarla pero me atreví a pedir ayuda de un terapeuta hasta que ya había explotado, fué cuando mis crisis de ansiedad fueron demasiado intensas, lloraba mucho y muy seguido; me sentía muy roto por dentro” (11).

Otra pasante entrevistada mencionó:

“Ir al Psicólogo creo debería ser como el dentista, cada seis meses ir previniendo para que no se te complique; ir siempre aunque no estés tan mal. Yo fui tarde, fui cuando ya no podía hacer mis actividades cotidianas, cosas básicas ya no estaban funcionando, no podía comer ni dormir, me aislé demasiado, tenía sueño todo el tiempo... tuve diarrea diario por seis meses y no había medicamento que ayudara, ya no era capaz de hacer mi trabajo. Me di cuenta de la necesidad demasiado tarde” (8).

En cuanto a pedir ayuda al equipo de trabajo, con las personas que comparten tareas dentro de la comunidad o aquellas que se encuentran en la oficina central, los pasantes comentaron:

“Es más fácil pedir un abrazo a tu compañero que atreverte a platicar con un profesional, aunque sé que esto es muy personal. Hay varios médicos que no hablan de lo que sienten

y decirle a una enfermera, me siento mal o estoy confundido es impensable... en mi caso estoy agradecida con mi equipo, me siento muy cerca y apoyada” (6).

Continuando con el tema de pedir ayuda, las respuestas sobre este tema fueron muy variadas. La mitad de los pasantes se mostraron abiertos a mantenerse cercanos emocional y físicamente a su equipo de trabajo mientras que la otra mitad manifestó que prefería mantener su distancia con las demás personas del equipo; ya sea por privacidad, por falta de sentir cercanía o por no querer preocupar a otras personas sobre su situación. A este respecto, uno de los interlocutores señaló:

“Los compañeros ya tienen bastantes cosas para preocuparse, no voy a atormentarlos con mis cosas, además, somos profesionales, no hace falta estar hablando de otras cosas” (15).

Algunos pasantes se sienten poco apoyados por su equipo de trabajo, principalmente por las tardes ya que en la mayoría de los casos, durante este horario están solos dentro de la clínica y es cuando normalmente cae el cansancio de las noches de desvelo u otras situaciones. Algunos refieren, incluso, que el equipo de trabajo apenas se está conformando por primera vez y que por ello aún no han sentido los beneficios que éste puede traer consigo.

“Realmente apenas empiezan a existir equipos en las comunidades, antes nos apoyábamos a la distancia pero no había tanta cercanía en tiempo porque no nos veíamos diario así que no había a quién pedirle ayuda o con quien platicar tan cercanamente. En mi caso, por las tardes me quedo completamente sola, a esa hora puede entrar alguien alcoholizado o violento a la clínica y estoy sola... a veces llegan muchos pacientes por la tarde y es cuando más cansada me siento... intento platicar con gente de la comunidad

para que estén al tanto de mi y se den sus vueltas pero intento no demasiado, prefiero la discreción” (7).

Cuando se explora sobre su capacidad para pedir ayuda a sus compañeros o la comunidad, cuando sienten desgaste en su trabajo, en la mayoría de los casos, los médicos esperan que las personas se acerquen a ofrecer su ayuda antes de que ellos pongan en palabra sus necesidades como lo relató uno de los interlocutores:

“Mis compañeros son muy amables y me llevan comida o me dicen que vaya a descansar un minuto, yo no me atrevo a pedir nada, todos tenemos nuestras cargas pero a veces si me dan ganas de gritar “ayuda” pero ni para qué, de todas formas por las tardes estoy sola, la noche igual y ellos ¿Qué pueden hacer?” (9).

6.3.8 Autocuidado colectivo: “Cuando yo fomento el autocuidado del otro”

Por otra parte, se exploró la posición de los entrevistados sobre tener que apoyar o cuidar a algún compañero cuando se encuentra agotado. Al respecto, la mayoría se muestra empático y abierto a apoyar a sus compañeros que claramente solicitan ayuda. Incluso, en algunos casos, los pasantes se muestran más abiertos a ayudar a los demás cuando están casados, que ellos mismos solicitar ayuda cuando están claramente desgastados.

“Si yo no dormí por la noche debido a algún caso grave, a veces pido apoyo a la enfermera, me duermo unos minutos y cuando salgo intento ponerme al corriente rápido. La verdad, es que no me gusta dejar a la gente esperar. Mi papá padece de ansiedad y sé que cuando alguien se siente mal no puede esperar, lo más que duermo es una siesta de 20 minutos cuando la noche de plano estuvo muy mala” (14).

Posteriormente, este mismo pasante menciona:

“A veces, la enfermera viene súper cansada porque tiene niños chiquitos y se pasan a su cama o están enfermos, si la veo bostezando le digo que se vaya temprano a casa y yo me encargo. No me gusta que esté cansada si yo puedo apoyar, al final yo soy el médico y si me apuro puedo avanzar” (8).

Este testimonio se repite en varios casos y con varios entrevistados evidenciando que los pasantes tienden a sentir que pueden ser elementos protectores para sus pacientes y compañeros de equipo, a pesar de que ellos se encuentren en un claro desgaste. Esta situación nos lleva a un debate mucho más complicado en el que, como médicos, tienen la obligación de atender a los pacientes y, para muchos, el descansar o tomar un tiempo para sí puede suponer no terminar a tiempo con sus pacientes, hacerles esperar o, incluso, tener que solicitar al paciente que regrese posteriormente.

6.3.9 Principales retos para el autocuidado en el día a día de los pasantes

Al hablar específicamente sobre los principales retos para el autocuidado a los que se enfrentan los pasantes de servicio social en sus labores del día a día, identifican como las principales las siguientes:

Las labores administrativas

Aunado a la atención a pacientes, los pasantes dentro de las clínicas tienen varias labores administrativas de gran importancia que permiten la operatividad y el alcance de las metas de Compañeros En Salud como: gestiones para mantener la farmacia en funcionamiento y con abastecimiento; labores de logística y papelería, apoyos a proyectos específicos de salud, brigadas, gestiones para el emprendimiento de campañas, etc. Muchas de estas labores, resultan

una carga y preocupación constante para los pasantes que procuran centrar su atención en las necesidades médicas de sus pacientes, sin embargo, la mayoría también reconoce que toda esta administración es necesaria y que debe ser realizada por alguien.

El volumen de consultas que complica dedicar el tiempo deseado a cada paciente

La mayoría de los pasantes sienten que casi todos los días tienen un alto volumen de consultas programadas que deben sumarse a los casos de emergencia que se presentan y a las cargas administrativas. Debido a la cantidad de trabajo con la que cuentan los pasantes, sienten que es muy complejo poder dedicar el tiempo que desearían al realizar la entrevista y cuidar de sus pacientes. Al respecto uno de los interlocutores relató:

“El volumen de consultas, [porque] a veces se desesperan los pacientes, pero quiero dedicarles el tiempo necesario. Es estresante, porque hay cierta desesperación para pasar rápido y cuando entran quieren platicar muchas cosas, que se les dedique más tiempo del posible... yo también quisiera dedicar mucho tiempo a cada uno pero ¿Cómo le hago si afuera hay montón de personas y pendientes esperando?” (12).

Las consultas de salud mental

A lo largo de las entrevistas fue recurrente el interés y la preocupación que durante su estancia en las comunidades ha generado el tener pacientes con requerimientos de salud mental, ya que los desafíos que presenta detectar, atender y dar seguimiento a estos casos, de los cuales recibieron poca formación durante su carrera, les parecen intrigantes y extremadamente desafiantes. Dos de las pasantes de servicio social manifestó:

“Es un área que no conocemos tanto, hay un espectro inmenso de patologías que se pueden atender de este tema y nos enseñan sólo lo básico” (7).

“Los pacientes más difíciles pero gratificantes para mi son los de salud mental.... En una ocasión un paciente había visto a varios médicos y llegó buscando un marcapasos, ya venía con estudios y electrocardiogramas, ningún tratamiento le servía y aquí nos atrevimos a darle un tratamiento psicoeducativo y mejoró radicalmente... es increíble... quisiera saber más, necesitamos que la carrera nos enseñe a profundidad esto, la mente y el cuerpo están unidos siempre” (18).

La responsabilidad como médico de comunidad y el líder de la clínica

Tras el año de residencia, en el que los estudiantes trabajaron directamente con pacientes pero escoltados y acompañados por una estructura hospitalaria; los pasantes llegan a las comunidades de Chiapas acostumbrados a tener compañía y asesoría inmediata y constante de otros pasantes, médicos, enfermeras y más profesionales. Durante la pasantía, los entrevistados son los únicos médicos de la comunidad y son responsables del bienestar de sus pacientes. Adicional a esto, en la clínica, los pasantes tienen una organización jerárquica y moral en la que deben tomar decisiones, hacerse responsables de las intervenciones realizadas y ser los líderes de la clínica. Este rol como médico de comunidad y líder de clínica, supone un gran agotamiento para los pasantes que, conforme avanzan los meses de su estancia, van adquiriendo habilidades y mayor seguridad, pero que en todo momento lo reconocen como un gran desafío.

Mencionan:

“Es duro no tener otro centro de salud cerca o incluso algún colega con quien revisar el caso en el instante.... a veces hay un paciente grave y no siempre hay conexión para pedir supervisión... cuando te supervisan ayuda mucho, pero sus manos no están contigo para palpar y analizar todo... la responsabilidad es inmensa, sé que justo eso, es uno de los aprendizajes esperados de este año, pero ¡Qué duro es!” (16).

“La paciente esta poniendo su seguridad en mí y yo agotada, no hay más médicos, es mi responsabilidad su bienestar... necesito estar fuerte. Ese día llamé a mi mamá, lloré, y me dijo, ya te desahogaste, ¡ Ahora cálmate ya ! Ahorita vas a dar todo por ese bebé que va a nacer, ya después sigues llorando lo que quieras... es una locura saber que un detalle que olvides o hagas mal y una vida puede cambiar... es mucha responsabilidad... también recordar que por eso estoy aquí... a veces, es demasiado! " (5).

La incertidumbre y falta de planeación

Un tema reiterativo al hablar de los desafíos a los que se enfrentan los pasantes es la incertidumbre e incapacidad para planear organizadamente sus horarios, actividades, provisiones, etc. ya que, como pasantes, se encuentran al servicio de las emergencias y crisis que se puedan presentar dentro de la comunidad. Estas situaciones hacen que cualquier plan o expectativa de realizar cierto tipo de actividades en su día pueda ser modificada en pocos minutos, debiendo los pasantes adaptarse a lo que se presente y buscar estrategias para resolver los conflictos que esto genere. Algunos testimonios dan cuenta de esto como se muestra a continuación:

“A veces, los domingos llegan urgencias y no se puede hacer algo diferente, por eso ya ni planeo paseos o cosas, porque ya dejé varias veces plantadas a las familias que me invitan al río o a salir porque algo pasa en la clínica... es vivir en la incertidumbre y expectativa de qué pasará conmigo hoy?” (8).

“Ni organizar tu hora de dormir se puede... todo es falta de planeación y lo difícil ni siquiera es lo médico o el paciente, sino todo lo que hay alrededor para atenderlo... la camioneta para llevarlo al estudio, hasta dónde se le hará el estudio, ¿Cómo va a aguantar el camino? ¿A qué hora? Ir con él y saber que no llegarás para atender a los demás

pacientes... todo se mueve y uno tiene que olvidarse de la comida que tenía pensada o el plan...el paciente es primero” (14).

“A mí me cansa sentir que no tienes privacidad, tiempo libre, no puedes ni ir a la tienda sin que te pregunten cosas... me encanta estar para la gente, pero ¿Una hora de paz? Imposible... a veces pareciera que todo va tranquilo, organizas algo rico para ti o simplemente estás en calma con tus pacientes y pum... a correr” (10).

La adaptación a la realidad que se vive en Chiapas

Las comunidades Chiapanecas cuentan con desafíos naturales y sociales a los cuales los pasantes necesitan adaptarse para poder funcionar y sentirse en calma en su día a día, como lo mencionó uno de los pasantes:

“Los mosquitos e insectos (principalmente durante la noche), los problemas intestinales debido al cambio de alimentación, el desgaste físico ante las caminatas y distancias, los usos y costumbres que tiene la comunidad sobre la medicina y los fármacos (el caso más mencionado fue, la falta de credibilidad en la existencia del COVID y la efectividad de las vacunas)” (11).

Los límites con la comunidad

Pese a que existen algunas comunidades muy cuidadosas con los pasantes que siguen las reglas y comprenden la complejidad de la labor médica, también hay personas o comunidades que no tienen una reacción positiva ni alentadora ante las acciones de autocuidado de los médicos. El siguiente relato evidencia esta dualidad:

“Siempre hay dos versiones de la misma historia, le tocaba descanso a la doctora y esperan pacientemente, te consienten, te llevan comida y están al tanto de ti... la otra versión es, los que piensan - no quiso hacer nada, me dejó esperando porque no piensa en sus pacientes" (7).

Cuando los usuarios de la clínica muestran desaprobación a las acciones de autocuidado, los pasantes tienden a sentir una importante carga emocional que hace que, decidir cuidar de si se torne confuso. Al respecto señalan:

“Algunas veces se molestan y se van si de casualidad paso al baño antes de atenderlos o si me tardo unos minutos entre consulta; me siento muy mal porque sé que algunos tardan cuatro horas en llegar a la comunidad y se molestan si esperan. Es muy confuso cómo atenderme y atenderlos al mismo tiempo. Intento no salir a comer para que no esperen demasiado, pero a veces no puedo más” (12).

Otro de los interlocutores añadió:

“Las personas creen que somos de palo, que no dormimos, no comemos, nos exigen, nos agreden si no los atendemos. No toda la gente es así, pero muchas veces me ha tocado gente que amenaza con levantar quejas porque les estamos negando el servicio... me da miedo que se generen problemas mayores, así que prefiero no comer o aguantar hasta que termino, aunque a veces me siento muy mal” (16).

Uno de los principales desafíos con la comunidad, es identificar el límite entre negar la atención como una transgresión al derecho a la salud y, poner un límite para el respeto del tiempo que requiere el personal médico para sus propias necesidades (muchas de ellas de autocuidado).

Una de las interlocutoras narró:

"No hemos sabido cómo marcar el límite en qué es negar la atención y qué es proteger tu integridad y bienestar. Nuestra prioridad siempre es garantizar el derecho a la salud de cada persona pero, a la vez, el día tiene horas finitas. No puedes verlos a todos y si los ves a todos no puedes atenderlos bien porque vas corriendo... a veces llegan en la madrugada a tocar por cosas que no son urgencias... en teoría, si no es urgencia, no deberíamos atender, pero por el contexto es difícil decir que no. No hay farmacias, a veces hasta esa hora consiguen transporte que los traiga... Creo hay una mística muy fuerte de las ONG, en las que ser defensor de derechos es ser un héroe imparables, preconcepciones que permean en la sociedad y que cubren de cierto misticismo a algunas profesiones y que me parece innecesario. Creo esto también permea a la organización (CES)... hay que tener mucho diálogo con la comunidad. A veces los equipos ponen límites más claros pero la comunidad lo interpreta como que no quiere trabajar..." (1)

Sobre este tema, la gran mayoría de las personas entrevistadas comentaron reiteradamente que su principal intención al realizar su pasantía en Chiapas, es garantizar el derecho a la salud de las comunidades, sin embargo, se enfrentan a diversos desafíos como lo relatan dos de las interlocutoras:

"Lo más difícil para mí es sentir que no puedes decirle que no a nadie. Amo atender pacientes, pero a veces quisiera poder decir que no... me han acosado, gritado, han llegado alcoholizados y tengo que atenderlos aunque me sienta incómoda... algunos amenazan con poner un reporte si no los atiendes... siempre quieren que vayas a su casa aunque el paciente pudiera trasladarse... a veces me regreso sola de madrugada... CES

intenta evitar todo esto pero, pasa... siento culpa porque es su derecho ser atendidos pero a la vez, no sé..." (18).

"Me pasó hace unos meses que no había tenido vacaciones y ya no aguantaba, me desesperaba súper rápido, no tenía ganas de dar consulta ni de hacer visita a los pacientes. Me despertaba cuándo faltaban 10 min para abrir la clínica porque no quería hacer nada.. Me fui de vacaciones y eso me ayudó mucho pero también es importante que la comunidad sepa que tienen que respetar los horarios. Como la gente está acostumbrada con CES a que no les vas a decir que no a nada, se confunde darles la atención con el punto en el que no puedes decir que no a nada. Y creo eso tampoco es tan bueno, siempre hay límites para las cosas. Aunque quieras ayudar en algo, no siempre se puede, a veces porque en su enfermedad, ya no hay nada que hacer, otras veces, porque sale de tu conocimiento pero también porque está tu salud mental, también hay que aprender a ver los límites personales...No es dejar de atender porque te dio flojera, sino porque te está haciendo daño a ti como persona" (6).

El manejo de la frustración

El hecho de sentir que no pueden cumplir con la expectativa de si mismos y de la comunidad garantizando una atención de calidad a toda hora, la emoción que se despierta en los pasantes constantemente ante esta situación es la frustración, la cual, es difícil de manejar y mediar en la mayoría de los casos. Uno de los interlocutores señaló:

"Decir no es lo más difícil. Te involucras demasiado, te frustras, te duele... pero hay límites... es cansado y difícil estar argumentando que logísticamente, médicamente o humanamente no es posible algo. Hay que hablar con la familia, explicarles, pero ante

sus ojos, tú eres la culpable siempre y eso duele mucho... Creo nuestro trabajo es aceptar que no siempre se puede" (15).

Otro de los pasantes dijo al respecto:

"Es súper frustrante terminar consulta después de un día muy largo, desear un espacio libre y, de repente, llega alguien que caminó tres horas para llegar a la clínica, me piden que los atienda y obvio si, escucho sus problemas y pienso, esos sí son problemas, yo no tengo ni cómo quejarme... ver esas realidades hacen que te calles y, a la vez, sabes que aunque le echas muchas ganas no se puede arreglar todo... sentirte impotente es horrible" (5).

Sobre el manejo de la frustración para muchos aún resulta desconocido cómo lograrlo.

"Era como meter mis sentimientos dentro de mi cuando ya no cabían y quería explotar" (14).

Pese a que la gestión de la frustración sigue siendo un gran desafío, la mayoría del personal médico entrevistado, hace hincapié en que una forma de poder sobre llevar los juicios positivos o negativos de parte de la comunidad (que son sus pacientes), es manteniendo una perspectiva clara en la que se ponga un límite no sólo a los otros, sino a los juicios propios.

Uno de los pasantes mencionó:

"Creo que más allá de lo que diga la comunidad, a veces los más duros somos nosotros mismos, hay que recordar que somos humanos, que tenemos límites y que podemos hacer el mayor esfuerzo pero, algunas veces se puede y otras, simplemente hay que aceptar que no lo logramos" (11).

Otro pasante señaló:

“Creo que hay que aprender a ser flexible, si no puedo darles consulta, al menos darles medicamento, sabes que vienen de lejos y ni modo, eso es lo que pudiste ese día, hiciste lo que pudiste, tenías quizá otra urgencia o complicación. Un día a la vez” (6).

Por otra parte, los médicos con más tiempo de experiencia en comunidad, muestran una postura en la que se fortalece mucho más el autocuidado y el autoconocimiento como lo relataron algunos de los y las interlocutores:

“Definitivamente es un trabajo difícil, sí implica horas extras y un sobre esfuerzo pero también tiene que ser compatible con la vida y la salud... Es difícil mediar entre la atención pronta de calidad y el autocuidado... Sí se enojan cuando pones límites, pero hay que hacer un triage entre quién necesita más la atención el paciente o yo, ya... en base a esto tomas las decisiones” (13).

“Al principio sentía que si pedía ese espacio era mostrar debilidad y ahora me doy cuenta que no soy la única, mi enfermera a veces también lo necesita y prefiero que se vaya a descansar, incluso que duerma todo el día si es necesario y después nos organizamos para atender al 100%. Entre más confianza tuvimos, menos juicios directos o repercusiones por decir "ya no puedo, hasta aquí", pues fue mucho más sencillo poder expresarlo” (9).

“Es difícil enseñar a la comunidad los límites, hay que intentarlo todos los días con una sonrisa hasta que te sale... muchas veces cuando lo intentas chocas con la frustración

del paciente, yo sé que cuando te sientes mal, para ti es una urgencia, pero prefiero cerrar consulta que maltratar a un paciente por mi mala actitud. Mejor cerrar la clínica ciertas horas y luego regreso con mejor humor” (15).

Finalmente, mencionan la importancia de generar comunidades de autocuidado colectivo en el que todos propicien el cuidado de los demás, pero que también CES, como organización, se comprometa a ello, ya que todos estos límites con las comunidades y estas frases de autorregulación emocional ante las crisis necesitan ser, en la mayoría de los casos, reforzadas por los equipos de trabajo, generando ambientes de autocuidado emocional colectivo que ofrezcan sostén y contención ante los desafíos que la pasantía supone.

La retroalimentación de los otros, y más de los más cercanos, es indispensable para sostener límites consigo mismos y las duras autocríticas como lo relató uno de los entrevistados:

”Mis líderes de CES y mis compañeros muchas veces también me lo repiten... a mi me cuesta creerlo, pero cuando veo que tantos compañeros lo dicen pienso, tiene que ser verdad... no siempre todo saldrá perfecto, soy humana, tengo que descansar y respirar para poder atender lo mejor posible. Si por alguna razón no me siento al 100 con un paciente, tengo que dejar ir la preocupación para centrarme en el que viene, si no estaré arrastrando y ¡No podré ayudar a nadie!” (2).

En cuanto a los límites con las comunidades mencionaron: “Es necesario que los líderes de CES nos respalden para poner el límite de horarios, número de consultas, para clarificar qué si y qué no es una emergencia y más... cuándo los pacientes ven que la organización nos respalda ven que no es flojera o mal servicio, sino que hay límites y que, si ellos vienen en horarios aquí estamos para ellos con la mejor disposición” (5).

“No es lo mismo estar solo que con un equipo completo... necesitamos seguir construyendo equipos clínicos que puedan lidiar con todo esto... es necesario el apoyo de parte de las autoridades de la clínica, platicar del tema en las asambleas, hacer anuncios voceados en donde se recalquen los horarios, poner letreros” (8).

6.4 Cuidarme para cuidar

6.4.1 Conocimientos y cambios de perspectiva

La mayoría de los médicos reconocen que el autocuidado es indispensable para poder garantizar una atención de calidad y calidez a los pacientes. Al respecto uno de los interlocutores señaló:

“Tenemos que aprender a identificar cosas cuándo estamos mal para poder trabajar con ellas y estar bien, porque si no estás bien no puedes hacer el bien. Si yo veo mil pacientes... no puedes verte a ti mismo... en casos de salud mental, a veces no sé quién está tratando a quién” (1).

Por otra parte, la mayoría de los pasantes relataron que al ingresar a la carrera tenían la perspectiva de que como médicos podrían ser excelentes sin importar las medidas de autocuidado que mantuvieran en su día a día. Algunos de los pasantes incluso mencionaron algunas series televisivas en las que esto se recalca, como se aprecia en los siguientes testimonios:

“Creía que todos podemos ser Dr. House, que tengamos un terrible autocuidado pero somos unos genios para salvar vidas sin cuidarlas... pero es una mentira gigantesca... hay una relación gigantesca... hay gente que se cuida de maneras diferentes y hay que aprender a no juzgarlos” (17).

“Deberían decir que es indispensable que estés bien para dar una atención de calidad y decir que los demás van a estar bien gracias a ti, si no van a ser dos pacientes en vez de uno” (6).

“Sabía la importancia pero ahora lo vivo y sé que no es opcional, que tengo que estar bien porque si no estas bien tú, no va a estar bien mucha gente allá arriba, no tienen otro Dr. a dónde ir” (3).

Pese a que la gran mayoría del personal médico entrevistado acepta que en un principio de su formación el autocuidado no era una de sus prioridades, existen algunos pasantes que mencionaron que justo, la capacidad de autocuidado y calidad de vida eran las causas por las que en algún momento dudaron sobre la elección de carrera. Uno de los pasantes comentó:

“Yo veía a mi tío agotado siempre cuando hizo su especialidad, no pasaba tiempo con nosotros ni con sus hijos... dudé mucho si estudiar medicina... al entrar [a la carrera de medicina] tenía que renunciar a la idea de tener una familia porque creo es imposible compaginar ambos mundos... creo ser una buena doctora requiere que te dediques tiempo y te cuides y apenas hay tiempo para eso así que ¿para qué poner más cosas en la lista, para qué meter hijos en la historia si voy a tener que descuidarlos ?” (7).

Para los pasantes, el desgaste laboral es tan cercano a la medicina que incluso algunas elecciones de vida han sido influenciadas por esta situación.

Por otra parte, algunos de los entrevistados que llevan más tiempo en la institución, señalan importantes cambios en su perspectiva sobre el tema de autocuidado e identifican que el compromiso por el bienestar de los médicos, que deben estar fuertes para atender a sus pacientes,

no solamente es de los propios galenos como individuos, sino que debe de ser una intervención institucionalizada y estructural que se haga responsable.

“También hay que entender que empacar todo en el paquete del autocuidado es muy peligroso, la carga laboral, las condiciones de explotación en las que trabajan los médicos no se disminuyen gracias al autocuidado, eso es una falacia... si no vamos a parecer Google, que hace que trabajen horas inhumanas pero les pone una mesita de pingpong...” (1)

“Es necesario que desde las instancias gubernamentales exista un compromiso con los pacientes, y por ende, con los médicos... es decir, que las instituciones cuiden a sus médicos porque sólo así se puede garantizar que los pacientes serán atendidos y cuidados como se debe... las leyes, la sociedad, la estructura tienen que hacer reformas urgentemente para que los médicos trabajen con paz, con todos los recursos y que tengan su merecido descanso diario” (16).

6.4.2. Ventajas de autocuidarse para cuidar

Ser ejemplo para los demás

“No puedo decir al paciente cuídese, si yo no me cuido” (1).

“ Tengo que estar fuerte para brindar esta fortaleza a quien lo necesita más que yo” (3).

Respetar el derecho del paciente

“Busco mi autocuidado porque no quiero descargarle con algún paciente” (11).

“Si, no merece autocuidado... termina culpando al paciente. Refleja la frustración en su atención al paciente. No beneficia a la relación” (17).

“Si tienes tus necesidades cubiertas vas a tratar de transmitir esa misma sensación de paz a los demás, si hay algo que te causa intranquilidad, van a empezar problemas a tu alrededor y los vas a transmitir a los demás” (9).

Garantizar una mejor atención y el cumplimiento de los objetivos de CES

“Si, muchos errores médicos se cometen porque no estas al 100% en el momento y no tienes esa precaución de checar dos veces” (14).

“Si no te cuidas, sólo quieres terminar la consulta y no interrogas más porque ves que hay mucha gente que está esperando” (8).

“Si estas cansado en exceso baja la concentración, yo me fui a Jaltenango por depresión, no podía más con la comunidad. Mis pacientes me necesitan al 100... creo es necesario tener la ideología de los rescatistas que dice: primero yo, después yo... como la mascarilla de oxígeno en un avión” (5).

“Baja la calidad de la consulta y esa no es la misión, Ideológicamente es fundamental el autocuidado para garantizar cumplir los objetivos de la institución” (10).

6.4.3 El autocuidado dentro de CES

Los pasantes sienten que CES es una institución que promueve el autocuidado y que reconoce que los pasantes son seres humanos que requieren de cuidarse para poder trabajar armoniosamente con los pacientes.

El pasante 6 comenta:

“Nos enseñan que somos personas dando consultas... está permitido hacer un montón de cosas, vincularte, tener emociones... cuando llegamos nos dijeron: sé que tienen miedo de cometer errores pero nosotros esperamos que se equivoquen un montón”.

Algunas de las acciones que realiza CES y que los pasantes reconocen como promoción del autocuidado son:

- Ejercicios para salud mental
- La posibilidad de tomar días de descanso en caso de necesitarlos (6 días de salud mental al año con flexibilidad para más en caso de ser necesario)
- Dos periodos vacacionales
- Poder pedir apoyo (económico y logístico) para asistir a terapia
- Contar con el apoyo y acompañamiento del supervisor profesional y personalmente
- Pláticas y capacitaciones sobre el tema, liderazgo, trabajo en equipo, salud mental, talleres sobre el cv humanista, etc.
- Redes de apoyo para transferir pacientes
- “El club del ratón”, este club consiste en sesiones periódicas en las que los pasantes se reúnen con sus líderes para platicar sobre cómo se sienten, cómo pueden mejorar y otros temas importantes que les inquieten.

Propuestas para CES

A continuación, se presentan algunas propuestas de los pasantes para seguir fomentando el autocuidado en CES:

- Taller de yoga, meditación, fútbol, básquet, juegos de mesa bien organizados, campeonatos, etc. Generar actividades que los inviten a convivir con cercanía sin la presencia del alcohol.

- Apoyar en las acciones de psicoeducación con las comunidades para que quede claro qué es una emergencia, generar conciencia sobre la importancia del autocuidado en los médicos y en permitir que tengan acciones para esto (hablar con su familia, descanso, horarios, etc.) establecer horarios en la clínica y hacerlos saber por diversos medios de difusión a las comunidades.
- Dar seguimiento a las intervenciones realizadas o a las situaciones que requieren ser atendidas.
- Incentivar actividades fuera de la clínica con la comunidad u otros equipos de comunidades cercanas. “Quizá los domingos podríamos reunirnos dos o tres pasantes y estar un rato juntos para platicar nuestras experiencias” (14).
- Generar equipos de supervisión para el área de enfermería u otros puestos para aminorar la carga de actividades de los pasantes.
- Apoyar a que las estancias en la comunidad sean máximo de 21 días pese a que hayan complicaciones.
- Evitar mensajes de trabajo durante los días de descanso.
- Realizar más visitas a las comunidades de parte del personal de la oficina. Los pasantes muestran mucho interés y sienten una compañía muy grande cuando el personal de la oficina sube a las comunidades.
- Continuar construyendo equipos de trabajo en las clínicas, de tal forma que cada una cuente con personal suficiente para delegar diversas tareas y que los elementos puedan apoyarse entre sí.
- Algunos pasantes sugieren que el Club de ratón (anteriormente descrito) pueda ser guiado por un psicólogo que ayude a contener al final la mayoría de las emociones. Otros sugieren que los espacios para compartir las vivencias, sean obligatorios para incentivar a la participación y ayudar a mitigar las resistencias de aquellos que prefieren no abrirse.

7. Discusión

7.1 Representación social del cuidado

La concepción del cuidado del personal médico de CES, retoma las concepciones más cercanas a la epistemología del cuidado, el “agitar” que se traduce según Pinto *et al.* (2017) como “hacer avanzar”, “tratar” o “actuar”. Los pasantes de medicina se mantienen en un continuo actuar, moviéndose física y emocionalmente todo el día con la intención de hacer avanzar la salud en sus pacientes y tratar de sostener la vida de cada uno de ellos.

La perspectiva humanista del cuidado que describe Guevara *et al.*, (2014) también está presente en la respuesta de la mayoría de las y los interlocutores, ya que para ellas y ellos, ofrecer cuidado no se trata únicamente de atender al enfermo sino que implica contemplar la diversidad de dimensiones que componen la realidad de la persona cuidada.

Al humanizar el cuidado, es cuándo los médicos identifican la complejidad de éste, ya que, por un lado reconocen que los cuidados son una necesidad básica para el sostén de la vida (Covas *et al.*, 2009), y que su función como médicos es su mantenimiento y conservación; y, por otro lado, al igual que (Tobón, 2003) y otros autores, identifican que los cuidado no sólo deben de buscar preservar la vida sino, que también, son actos que permiten que ésta termine dignamente o que se viva de acuerdo a lo que el paciente desea para sí más allá de la perspectiva médica (por ejemplo, un paciente con cáncer que decide no continuar con su tratamiento y vivir con su enfermedad).

Los cuidados que otorga el personal médico de CES a sus pacientes va cambiando conforme al tiempo de su pasantía. Al ingresar a CES centran su atención y preocupación en el cuidado de sus pacientes como individuos que requieren recuperar su salud, sin embargo, conforme la experiencia

de su pasantía va avanzando, se van percatando de que, su labor de cuidados permea a la convivencia social, a la economía de la comunidad, a la realidad social en la que se desarrollan las familias completas. Esta reflexión, fomenta un análisis mucho más profundo de la labor que ellas y ellos realizan durante su servicio social y les lleva, en la mayoría de los casos, a coincidir con Collière (1993) pues se dan cuenta que cuidar es y será siempre indispensable para la vida de los individuos, pero también para la perpetuidad de todo grupo social.

Las diferencias identificadas en la construcción social que hace el personal médico que recién ingresa y en aquellos que tienen más tiempo en las localidades de Chiapas sobre el cuidado, es muy posible que se vea influida por las capacitaciones que reciben de la organización a la que pertenecen, pero también a la convivencia con la comunidad y con el mismo personal médico de CES, que con su ejemplo promueve el cuidado humanizado. El desarrollarse profesionalmente en un ambiente que pretende alejarse del Modelo Médico Hegemónico y que procura, a través de políticas y acciones generar un “sistema de salud que cuida” (Zabicky,2020), promueve que los pasantes que cubren el rol de médico dentro de la comunidad, identifiquen una clara diferencia entre atender a un paciente y cuidar a un paciente.

A través de la diferenciación entre atender y cuidar, los pasantes muestran una clara intención de acercarse a una intervención con más acciones de cuidado humanista, en las que se priorice a la persona multidimensional más allá del cuerpo que requiere una cura. Para los pasantes de CES, cuidar tiene que ver con el atender a la persona con su sintomatología pero también acompañar, dar seguimiento y compañía al paciente durante su búsqueda de la salud.

Dentro de sus descripciones del cuidado, los pasantes se acercan significativamente a la perspectiva humanista del cuidado que propone Watson (2002). En su discurso, recalca la importancia del actuar con amor, amabilidad y coherencia que generen confianza; actuando

genuinamente con toda su creatividad, su conocimiento, experiencia y su ser para cuidar; siempre buscando estar presente en cada una de las interacciones, conteniendo su mundo subjetivo, sus pensamientos, cansancio u otros intereses para poder escuchar la necesidad y el deseo de sus pacientes, sin imponer ni juzgar las diferentes creencias que pueden tener sobre lo que ocurre, respetando la espiritualidad y dimensión existencial de su propia vida, escuchando activamente y apoyando las expresiones de los sentimientos del otro, creando un ambiente protector en todos los niveles y defendiendo, ante todo, la dignidad de cada persona.

Uno de los aspectos más importantes del cuidado humanista que sostiene Watson (2002) y que coincide con la representación social del cuidado de los pasantes, es el reconocimiento de que el cuidado debe asistir las necesidades humanas, conscientemente, administrando un cuidado humano esencial que potencialice la alianza mente, cuerpo y espíritu. Esta postura se enlaza con las tres dimensiones del cuidado trabajadas por Salazar (2001) que organiza como cuidado material, moral y emocional a las cuales me referiré en el siguiente subapartado.

Dimensiones del cuidado

La construcción social del cuidado para el personal médico en servicio social contempla, como dice Muñoz (2009), aspectos multidimensionales derivados de los procesos de socialización, representaciones y estructuras sociales que los acompañan. Los pasantes logran identificar que la cura de sus pacientes va más allá de atender una sola dimensión, y profundizan el debate sobre la necesidad del cuidado en todas sus dimensiones para lograr la “cura”. Este punto se asemeja significativamente al concepto de “Sorge” (“cuidar a”) de Heidegger, en el que la cura cobra un enfoque mucho más existencialista y reconoce que es necesario relacionarse con el paciente como un ser humano integral y multidimensional. En este sentido, las y los pasantes identifican que las acciones de cuidado son diversas, dependiendo del momento del ciclo de la vida en el que se encuentre el paciente como dice Covas *et al.* (2009), es por ello, que cuidar puede realizarse

mediante diversas acciones en distintos grados, dimensiones y formas que deben adaptarse de acuerdo al paciente.

Así, las dimensiones del cuidado en las que se pueden seccionar y comprender las acciones y concepciones del cuidado son las siguientes:

Dimensión Material del Cuidado

La mayoría de los pacientes de las comunidades, cuando se acercan a las clínicas, buscan principalmente un cuidado material, lo que los pasantes denominan “atención al síntoma” en la cual, el personal médico se hace cargo de comprender y atender los malestares físicos del paciente y para ello realiza una entrevista detallada, la exploración con o sin instrumentos adicionales (ultrasonidos, oxímetros, etc.), posteriormente, entrega una receta en la que el paciente ve su diagnóstico y se le brinda un plan terapéutico que puede incluir medicamentos y otras instrucciones. Estos intercambios de cuidado son los más visibles y medibles Molinier & Legarreta (2016) y son las que más se esperan del rol del médico tradicional de Parsons (1951) dentro del modelo médico hegemónico (Castro, 2014).

Pese a que la dimensión material de los cuidados que cumplen los pasantes está muy cercana al MMH, hay un factor de suma importancia que hace que el cuidado material se acerque significativamente al enfoque humanista, ya que las y los pasantes de CES buscan apoyar a los pacientes con la gestión de recursos económicos o logísticos (camionetas, alimentos, etc.) para que puedan acceder a servicios de otros niveles más complejos necesarios para garantizar su salud. Estos cuidados también entran en la dimensión material ya que, como menciona Salazar (2001) se basa en el intercambio de servicios y productos que pueden ser medibles y cuantificables. Pero más allá de este intercambio (servicios y productos) el personal médico de

CES tiene que conocer a profundidad la necesidad de su paciente, su contexto, sus posibilidades, deseos, etc.

Dimensión Emocional del Cuidado

Esta dimensión es bien identificada por los médicos y, reconocen que es indispensable atender el aspecto emocional del paciente para garantizar el cuidado y la “cura” pues, así como Alba (2015), identifican que recuperar la salud significa intervenir en la mente y el cuerpo. Los pasantes retoman en constantes ocasiones la importancia de explorar la salud mental y las emociones que sienten los pacientes en torno a la enfermedad, a los síntomas, a los diagnósticos y a los posibles tratamientos. Puntualizan que esta es la única forma de realmente considerar al paciente como un ser humano integral, con su historia, sus perspectivas de la vida e incluso su padecimiento mental. Dentro de las actividades de cuidado, las y los pasantes identifican dentro de las mayores dificultades para cuidar, la carencia de salud mental en los pacientes, particularmente cuando requieren de una intervención especializada al respecto. Esta postura, en la que se identifica y reconoce al ser humano con un mundo psíquico que toma decisiones desde su propia complejidad, nos recuerda al concepto de ‘sujeto sensible’ que postulan Martín-Palomo & Muñoz (2015) en el que defiende que el ser humano es mucho más que un ser racional con emociones descontroladas, en este caso, que el paciente es mucho más que una ser que obedecerá o no las indicaciones médicas desde lo racional sino que, el paciente es un ser con un gran contenido emocional que debe ser explorado, atendido y respetado para realmente lograr un cuidado integral.

Algunas de las principales acciones que enfatizan el cuidado emocional, son las entrevistas a profundidad, las llamadas de seguimiento, la escucha activa, los espacios psicoeducativos de atención a los casos de salud mental, la dedicación de tiempo y esfuerzo para conocer al paciente y explorar sus emociones, el tiempo y esfuerzo dedicado en explorar los conocimientos previos que tiene un paciente y su familia sobre los diagnósticos o tratamientos, el educar al paciente sobre

el proceso de salud-enfermedad que se está atendiendo. Esta relatoría de los pasantes, coincide con los postulados de Salazar (2001) pues las acciones antes mencionadas dentro de la dimensión emocional tienen, como eje central, la calidad humana, la preocupación por el otro, el amor y el bienestar del otro.

Dimensión Moral del Cuidado

La dimensión moral de los cuidados no fue descrita tan explícitamente, mencionando “lo moral” por los pasantes como las dos anteriores; sin embargo, todo ser humano se ve obligado a decidir qué tipo de conducta seguirá (Muñoz, 2009, pág. 5) por lo que, dentro de cada argumentación en su toma de decisiones, se pudo evidenciar las RS de esta dimensión (Pharo, 2004).

En la dimensión moral, se identificó que el actuar de los pasantes está significativamente normado y guiado por principios específicos que son estructurados por el MMH en el que se forman, y por todas las interacciones sociales que éstos van teniendo a lo largo de su labor como médicos (Castro, 2014). Por otra parte, durante el análisis, también resaltaron aspectos que se alejan de este MMH y que nos dan evidencia de un cuidado mucho más humanizado a sus pacientes.

A continuación, se presentarán ambas influencias que contienen aspectos disciplinarios que dotan del sentido del deber y de la responsabilidad (Salazar, 2017) al personal médico y que, aunque en algunos momentos pudieran parecer contradictorios, realmente son complementarios al integrar la dimensión moral del cuidado.

El primer aspecto a resaltar dentro de la dimensión moral del cuidado, es la abrumadora sensación de responsabilidad que sienten los pasantes debido a la creencia de que, como médicos, siempre deben tener la respuesta e intervención correcta con sus pacientes para garantizar la cura completa de su salud, sin necesidad de pedir ayuda o asesoría.

Dentro del MMH, Castro (2014) asegura que los estudiantes de medicina son formados dentro de una estructura jerarquizada, en las que el médico con más experiencia se encuentra ubicado en la punta más alta de la jerarquía con un conocimiento que, en la mayoría de los casos, no se debe cuestionar. El proceso formativo muchas veces va de la mano con castigos y humillaciones en las que, quien no tiene la respuesta correcta a la pregunta que realiza el maestro, es penalizado frente a su grupo de diversas formas.

En el caso de los pasantes de CES, al iniciar su labor en la clínica comunitaria, se percataron que ellos como médicos pasantes, eran los responsables más altos en la jerarquía de la salud dentro de la comunidad y esta situación la vivieron con placer y angustia simultáneamente. Por una parte, los pasantes sintieron el placer de haber accedido al lugar más alto de la jerarquía y, por otra parte, sintieron temor de no tener la respuesta correcta ante todos los casos que permitiera garantizar la salud de cada uno de sus pacientes. Este aspecto de la dimensión moral, es una de las principales confusiones que tienen los pasantes durante su estancia en las comunidades y, conforme van socializándose dentro de la comunidad y siguiendo las reglas de CES que promueven un trabajo mucho más humanitario, van modificando su perspectiva y van poniendo en práctica nuevos valores y siguiendo nuevas reglas en las que, se promueve la colaboración entre pares y acercamiento a los tutores y coordinaciones de tal manera que los pasantes comprenden que, si algún caso se complica, fue porque no pidieron ayuda o preguntaron a tiempo.

El segundo aspecto que se identifica en la dimensión moral, son las creencias de que el sacrificio y la abnegación son necesarios para poder cumplir con sus obligaciones como médicos. Los pasantes recalcan que muchas veces han sentido que su deber es estar disponibles a toda hora y en todo lugar para sus pacientes; teniendo la obligación de priorizarlos aunque esto implique pasar por encima de sus propias necesidades.

Estas creencias tienen una fuerte relación con el MMH en el que se normaliza que los médicos tengan horarios y guardias extremadamente demandantes. Por otra parte, Martín Palomo (2013), quien menciona que aquellas personas que propician el cuidado de la salud, tienden a tener una intensa sensación de que la abnegación y sacrificio son indispensables para garantizar el cuidado, pese a que esto pueda generar intensos desgastes.

Finalmente, el tercer aspecto que se contempla en la dimensión moral, es la creencia de que el médico siempre podrá salvar la vida de sus pacientes pese a las complicaciones que se puedan presentar. Esta creencia que, como dicen Castro & Erviti (2015), posiciona al médico con el supuesto “poder de cura”, es reforzado durante la formación médica, durante su labor como profesionales de la salud y en las mismas comunidades en donde la gente deposita esperanza y confianza en CES y en la labor de los médicos comunitarios. Esta responsabilidad es vivida por la mayoría de los pasantes como algo que les inquieta y, a la vez, motiva para seguir profesionalizándose y ser mejores en su trabajo.

Ahora bien, pese a que los tres aspectos anteriormente mencionados están presentes dentro de la dimensión moral, también es importante recalcar que conforme los pasantes van pasando más tiempo en la comunidad, se dan cuenta que existen más alternativas para comprender el ser responsables del cuidado de sus pacientes. Gracias a las experiencias y reflexiones vividas durante su pasantía, van construyendo nuevas formas de explicar y guiar sus acciones, que cada vez van más encaminadas al enfoque humanista del cuidado. Algunos de los cambios dentro de la dimensión moral son:

1. Los pasantes se muestran más abiertos a solicitar apoyo de sus compañeros de clínica de CES o, incluso, a escuchar las respuestas que tienen los pacientes y sus familias sobre lo

que está sucediendo, y consideran la validez de lo que escuchan (por ejemplo, tomar té o tener ciertas prácticas para algunos malestares) con ello, por una parte, están cuidando al permitir el diálogo y la escucha a los pacientes y, por otra parte, también les permite ofrecer acciones de cuidado diferentes a las que tenían pensadas y guiar su actuar diferente.

2. Los pasantes comienzan a poner límites al cuidar de otros, se reconocen vulnerables e identifican que cuidar supone un esfuerzo importante, por lo que deben cuidar, pero también cuidarse.
3. El autoritarismo disminuye, pues los pasantes se dan cuenta de la necesidad que tienen de los otros para poder cuidarse y cuidar a otros, con esto, van construyendo una jerarquía mucho más horizontal, potencializando las capacidades que cada persona pueda aportar a la interacción y permitiendo que de esta forma, en conjunto, las acciones de cuidado sean mucho más humanas.
4. Tras la convivencia con las comunidades, los pasantes identifican la necesidad de estar abiertos a todas las formas de explicar el mundo, la vida, la muerte y a no juzgarlas pese a que quizá no les agraden. Conforme van acumulando experiencias profesionales, los pasantes van asimilando cada vez más que, la labor que realizan en la comunidad es un servicio que los pacientes pueden desear o no, y que, como médicos, deben respetar la voluntad de cada individuo. Identificar este límite que acota la responsabilidad del médico, ha sido sumamente desafiante para los pasantes pues incluso, en algunas ocasiones, se han cuestionado la veracidad de la medicina con sus paradigmas científicistas.

Como se vio anteriormente, lo moral es un constructo social que va cambiando junto con la persona y sus interacciones (Pharo, 2004). El cambio de interacciones que tienen los pasantes tras haber llegado a las comunidades es muy grande y, esto despierta reflexiones significativamente valiosas para su desarrollo como profesionales y personas.

Las dos aristas de la relación cuidador-persona cuidada

Existen dos aristas que, como mencionan Aguirre *et al.* (2014) deben ser tomadas en cuenta en el análisis de la construcción social del cuidado por parte de los pasantes de CES.

Por un lado, el personal médico identifica claramente la dependencia que tiene el paciente con ellos como profesionales, ya que llegan a la consulta con una gran preocupación buscando mejorar su situación de salud. Desde esta arista, el médico es el que ofrece cuidado a través de buscar el bienestar y mantenimiento al paciente por lo que, éste, genera lazos de proximidad y dependencia con su cuidador.

Por otro lado, como postula Medina (1999), se encuentra la reciprocidad que recibe el médico quién, al ser cuidador del paciente, crece profesional y personalmente gracias a la relación que establece con el enfermo. Los pasantes identifican claramente que esta arista es una perspectiva que antes de llegar a CES no tenían tan visible, sin embargo, a lo largo de su convivencia con las comunidades y siendo parte de la organización de CES, han logrado identificar, disfrutar e, incluso, sentirse agradecidos por la retribución que sienten al cuidar de sus pacientes.

Los pasantes identifican claramente, que la relación que establecen con los pacientes no sólo es profesional sino que también es humana pues, como menciona Mucci (2007) en esta relación se juega la dignidad del enfermo y del médico. Si bien, los pasantes en su trabajo como médicos de comunidad, saben que esta relación de ayuda pasa por la comprensión profunda del sufrimiento ajeno (González *et al.*, 2018), también identificaron que al cuidar a sus pacientes y establecer una relación, ellos también se enriquecían significativamente. En las entrevistas se encontraron ventajas parecidas a las que ya Raile *et al.* (2007) y Guevara *et al.* (2014) habían identificado en sus investigaciones, pues se centraron en el hecho de que el vínculo médico-paciente tiene una

función terapéutica para ambas personas, la cura se consigue más rápidamente y existe un crecimiento para cada individuo gracias a su interacción.

En el caso de los pasantes de CES, las principales ventajas que encontraron dentro de la relación médico-paciente fueron: sugerir el tratamiento adecuado; respetar el derecho del paciente a la toma de decisiones; apego al tratamiento; tener satisfacción por haber cumplido con la labor y un mayor aprendizaje de parte del médico gracias a la relación que tiene con sus pacientes.

7.2 Representación social del autocuidado

El cuidado de sí es una categoría global (Muñoz, 2009) que los pasantes han descrito como una capacidad para mirarse a sí mismos, para identificar aquellas acciones que les permiten, como dice Orem (1991), mantener su propia vida, salud y bienestar.

7.2.1. Construcción social del autocuidado

La forma en la que los pasantes definen el autocuidado, coincide con la postura de diversos autores que identifican el autocuidado como, una conducta necesaria para regular los factores que afectan el propio desarrollo y funcionamiento (Orem, 1991); que si no es satisfecha, puede traer desequilibrios, enfermedad y hasta la muerte (Rodríguez, 2017) y que es indispensable para la salud física y mental del personal médico (Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003).

Los pasantes han construido su RS del cuidado a través de la socialización en diversos ambientes pero, identifican que, como médicos, el ambiente laboral en donde ponen en práctica sus conocimientos tiene una preponderancia importante. En cuanto a lo vivido profesionalmente dentro de CES, identifican que existen varios factores que obstaculizan el autocuidado de los médicos. Muchos de estos factores coinciden con lo concluido por varios autores, por ejemplo:

La elevada carga laboral expresada en horas/semana, rotación de turnos, periodos prolongados de estrés y angustia derivados de su ejercicio profesional; poco tiempo libre para el ocio, el descanso y otras actividades (González *et al.*, 2018), la escasez de recursos para atender a los pacientes, deficiente infraestructura, (Arab *et al.*, 2015), la sobredemanda de atención (Pinzón-Amado *et al.*, 2013); la exposición frecuente a enfermedades crónicas, incurables o posibles muertes de pacientes (O'Mahony *et al.*, 2007; Mingote *et al.*, 2013); las jornadas de trabajo prolongadas, poco tiempo libre para tener una rutina sana para el cuidado de su salud (Ortíz, 1997 y Bronfma *et al.*, 1997 citado en Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003) y finalmente, las deficientes condiciones medioambientales de higiene y seguridad (Rossi *et al.*, 2013).

Por otra parte, existen algunos aspectos que los pasantes viven dentro de CES que contradicen los resultados de diversos autores (Uhary, 1994; Kassebaum & Cutler, 1998; Jacobson, 2009; Rossi *et al.*, 2013; Arab *et al.*, 2015; Pinzón-Amado *et al.*, 2013; Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003). Algunos de los aspectos que identifican como factores que propician el autocuidado en médicos y que se contradicen con otros autores son: la buena colaboración entre pares dentro de los chats, talleres o espacios compartidos; el estímulo salarial que es superior al que normalmente se paga por una pasantía de servicio social en la mayor parte del territorio nacional; la sensación de buen trato de parte de sus líderes; el ambiente laboral tiende a estar basado en el respeto y la colaboración; y finalmente, la sensación de tener un equipo de trabajo sólido con el que pueden enfrentarse a algunas violencias institucionales como las ejercidas por los las secretarías o instancias que emprenden programas de atención junto con CES.

Desgaste por empatía y sus consecuencias

Pese a los esfuerzos realizados por CES, existen desgastes que se mantienen pues la labor médica en sí, acompañada por la violencia de la estructura del sistema de salud público (Casto, 2020) y a la marginación de las zonas dentro de las que laboran los pasantes (véase capítulo de

contexto); exceden la capacidad, recursos y necesidades que tiene el personal médico de servicio social para enfrentar las exigencias del lugar donde labora (Organización Internacional del Trabajo, 2016). Al igual que en las investigaciones previas, los galenos se encuentran constantemente en riesgo de presentar características similares al síndrome del quemado (burnout) descrito por el Maslach (1977) y más en específico, características relacionadas al desgaste por empatía que es definido por Acinas (2012) como “el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos”(p.8).

Algunas de las consecuencias del desgaste laboral que presentan los pasantes y que son semejantes a las identificadas como desgaste por empatía por otros autores son:

- Agotamiento crónico (Burnett, 2017) disminución considerable del bienestar, salud y funcionamiento general del médico (Pfaff, *et al.*, 2017; Yi, *et al.*, 2016)
- Malestares físicos, cambios de humor repentinos e irritabilidad debido a la impotencia, enojo, culpa y sueños angustiosos (González *et al.*, 2018)
- Temor, desesperanza, sentimientos de tristeza, depresiones, hipersensibilidad, apatía, dificultades en la concentración, actitud más rígida o negativista, desorientación, exceso de preocupación, ideas conflictivas, alteración del sueño y apetito (Care, 2017).
- Sentimientos de impotencia, confusión (Pfaff *et al.*, 2017; Yi *et al.*, 2016).
- Incapacidad de generar más energía para laborar, dolores de cabeza, ira, pensamiento intrusivo, evitación de pacientes, lucha con sus pensamientos, incapacidad para establecer ciertas conversaciones o huidas de situaciones similares a las vividas por el paciente. (Pfaff *et al.*, 2017)
- Incapacidad total o parcialmente para cubrir los requisitos que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo (Orem, 1991). Al respecto, los pasantes mencionan que han pedido apoyo a CES y se han ausentado por algunos periodos con el fin de recuperar esta capacidad y poder continuar con su labor.

- Consumo de sustancias, tabaquismo y consumo de alcohol (Rimpelä, *et al.*, 1987; Gómez & Grimaldi, 1998; Tapia *et al.*, 1997; Sansores *et al.*, 1999) sobre este tema, los pasantes hicieron mucho hincapié, que procuran que únicamente se consuma en sus tiempos de descanso cuando salen de la comunidad pues irían contra los estatutos de CES, sin embargo, para muchos es preocupante cómo un elemento común de la convivencia social entre compañeros se basa en el consumo de estas sustancias.
- Trastorno depresivo, estrés postraumático (Hernández, 2017), la mayoría de los entrevistados recalcaron que estos diagnósticos fueron determinados tras visitas a profesionales de la salud mental después de haber acudido a varias consultas y buscar ayuda.

Como se ha visto anteriormente, los pasantes presentan varias características relacionadas al desgaste por empatía, y es que, aunque los entrevistados se encuentran laborando dentro de una institución que promueve la humanización de los cuidados, también se encuentran socializados dentro de un entorno con carencias, demandas y realidades que exigen significativamente de la labor que como médicos realizan. Adicional a esto, nos encontramos con la irónica realidad de que los pasantes, se encuentran constantemente estimulados por CES para desarrollar empatía por cada una de las personas atendidas y, como dice O'Mahony *et al.* (2017), a mayor empatía mayor la probabilidad desarrollar la fatiga por compasión. Esto quiere decir que, entre más se humanicen los cuidados dentro de sistemas de desigualdad social violentos que marginen y vulneren a poblaciones alejándolas de su derecho a la salud, los médicos seguirán quedando en un punto crítico que los puede llevar a perder el valor de lo humano y su calidad de vida debido a las carencias en las que laboran (Mesa & Romero, 2010).

Prácticas de autocuidado

El autocuidado individual es aquel en el que uno es el gestor (Orem, 1991). Existen algunas diferencias entre las prácticas de autocuidado entre los pasantes que acaban de ingresar a su año de pasantía y aquellos que ya están cercanos a salir.

Estas diferencias pueden estar relacionadas con el cúmulo de experiencias vividas, la adaptación a las condiciones de la comunidad en la que laboran y las interacciones con sus compañeros, comunidades y CES ya que, el cuidado de sí involucra la construcción de significados (Orem, 1991) que se constituyen de acuerdo con diversos determinantes sociales (Arenas *et al.*, 2011).

Pese a que cada persona tiene diferentes prácticas de autocuidado de acuerdo con su propia historia, existen constantes que se pueden identificar en el grupo de pasantes debido a:

- La influencia del MMH, el cual, en muchos casos fomenta, a través de su formación y socialización, prácticas contrarias al autocuidado como el descuido a la salud emocional, prácticas nocivas y no preventivas (Hernández-Tezoquipa *et al.* (2003).
- La realidad compartida por los pasantes de CES, durante su estancia en las comunidades.

Las dimensiones del autocuidado

Las acciones de autocuidado que los entrevistados describen dan cuenta de las creencias, los hábitos y las prácticas que caracterizan culturalmente al grupo (Naranjo *et al.*, 2017), en este caso en particular, los pasantes de servicio social que trabajan en las comunidades de CES. Estas acciones de autocuidado también pueden dividirse en las tres variantes del cuidado humanizado que propone Salazar (2001) (recordemos que el cuidado como categoría de análisis utiliza las mismas dimensiones al hablar de cuidar de otros, ser cuidado y cuidar de sí).

La dimensión material del cuidado es la que ha cambiado más significativamente para los pasantes al llegar a las comunidades ya que es visible cómo se ha modificado su alimentación, higiene, descanso, etc. debido al contexto en el que realizan su pasantía y a que éste es diferente al contexto en el que crecieron y estudiaron. Bajo las condiciones en las que viven en las localidades, han tenido que hacer un ajuste importante en este aspecto.

El descanso, higiene, y alimentación son tres de las actividades más afectadas en los pasantes ya que, mantener buenos hábitos ha sido complejo debido a la sobrecarga laboral, escasez de productos y diferencia en las costumbres. Otro aspecto importante, el tiempo para el ocio y ejercicio, si bien los pasantes manifiestan su interés en dedicar ciertas horas diarias a estas dos actividades (e incluso lo logran ejercitándose a veces por las mañanas o dedicando tiempo al ocio por las noches antes de dormir), han tenido que adaptar su recreación e intereses a las necesidades de las comunidades y a las posibilidades de las localidades ya que no cuentan con algunas comodidades como las tenían en sus lugares habituales de residencia. Este aspecto es vivido por los pasantes como algo positivo en algunos momentos pues, a pesar de que existe una importante sobrecarga laboral, el tiempo libre que logran tener es destinado a actividades novedosas para ellos pues, debido a las limitaciones de internet, plazas comerciales, cines, etc. de la zona, han descubierto nuevas formas de pasar tiempo consigo mismos y han fomentado la lectura, el ejercicio al aire libre, la convivencia con la naturaleza y otras nuevas acciones de cuidado que en sus hogares de origen no eran las prioritarias.

Sobre la limpieza de su espacio y orden, los pasantes recalcan que han mejorado sus habilidades para mantener los espacios de vivienda y laborales con las mejores condiciones de limpieza. Para muchos de ellos, aproximadamente el 50%, esta es la primera vez que viven solos y esto implica un desafío ya que comparten espacios con otras personas, son responsables de que la clínica se mantenga en excelentes condiciones y muchas veces no hay alguien que se encargue de la

limpieza y de cubrir sus necesidades las 24 horas. Es por ello que los pasantes se muestran orgullosos de haber desarrollado estrategias para sostener la higiene de los espacios adecuadamente pese a que admiten extrañar el apoyo que les ofrecía su familia y principalmente a su madre.

Diversas investigaciones (Hernández-Tezoquipa *et al.*, 2003; Arenas-Monrea, 2004; Guerra, 2008) ya hablaban de la disminución en la calidad de vida de los médicos debida a las modificaciones que requieren para adaptarse a los horarios y demandas de su profesión; esto coincide con lo manifestado por los pasantes. Sin embargo, existe una minoría que hacen hincapié en los cuidados que reciben por parte de la comunidad y que, a través de comida, invitaciones y detalles, han contribuido significativamente a mantener cierto nivel de calidad de vida.

Respecto a la dimensión emocional del autocuidado, como en las demás dimensiones, las estrategias de autocuidado emocional también han sufrido adaptaciones debido a las nuevas socializaciones y al contexto en el que viven actualmente los pasantes. Ante situaciones de crisis o intentando prevenir el desgaste, los pasantes han obtenido un importante bienestar emocional al convivir con la naturaleza, contactar con sus cuerpos (a través de respiraciones, ejercicios, caminatas, bañarse, ponerse cremas o aceites, etc.), escuchar música, leer, entre otras actividades.

Algunas de las acciones de autocuidado emocional que ya tenían pero que se han fortalecido han sido:

- Establecer vínculos afectivos con sus pares, familiares y amigos. Esto debido a que anteriormente muchos de los pasantes se encontraban constantemente rodeados de las personas con las que establecen sus vínculos afectivos más importantes, sin embargo, debido a la distancia, se han mostrado más activos en realizar llamadas o enviar mensajes

buscando a sus familiares, compañeros de la institución y otras amistades. Murillo (1995) plantea que los vínculos afectivos son extremadamente afectados debido al desgaste laboral, ya que se descuidan significativamente. El hecho de que los pasantes sientan la imperante necesidad de fortalecer sus vínculos afectivos dedicando tiempo, esfuerzo y compromiso, es un importante indicador de autocuidado y promoción de su propia salud mental.

- Generar mayor cercanía con su espiritualidad. Watson (2002) menciona que es indispensable que el médico cultive sus propias prácticas espirituales y transpersonales de ser para poder continuar ejerciendo su labor. Algunos pasantes recalcan haber vivido una espiritualidad activa desde su infancia debido a que pertenecen a alguna iglesia o sus padres se lo inculcaron, sin embargo, muchos de ellos recalcan que, a través de la experiencia que han tenido en las comunidades durante su servicio social, han sentido una mayor necesidad de fortalecer esta área.
- Realizar actividades que les ayuden a salir del rol de médico. Esto ha sido importante para la construcción de la identidad de los pasantes ya que, con esto, dirigen su atención y despiertan emociones en áreas ajenas a su ámbito laboral. Al respecto, las actividades emprendidas se pueden dividir en dos, por una parte los pasantes realizan actividades que les ayuden a conectar consigo mismos, con su historia, sus familias y sus costumbres, de esta forma, las personas logran anclar las emociones a lo conocido y acceder a lugares que emocionalmente les son seguros (Hochschild, 2002). Por otra parte, los pasantes buscan realizar actividades evitativas que les ayuden a distraerse y no pensar en aquello que les preocupa como jugar videojuegos, ver películas, reorganizar su espacio, etc. En este rubro se da ampliamente el debate entre, aquello que sí y que no es autocuidado ya que, si bien estas actividades en muchos momentos permiten que los pasantes sientan cierta liberación emocional al desfocalizar el conflicto que les aqueja, también pueden

caer en el desarrollo de conductas adictivas o, incluso, patológicas como el consumo de tabaco, fármacos, la adicción al videojuego, etc.

- Finalmente, un aspecto que fortalece emocionalmente a los pasantes es la sensación de logro profesional. Mingote *et al.* (2013) comenta que la paradoja de los médicos es que el cuidado de los pacientes genera estrés, pero es también la fuente de gratificación más importante. Debido a esto, los médicos dedican tiempo y realizan prácticas que les recuerden los logros obtenidos profesionalmente de tal manera que, a través de leer sus notas clínicas con diagnósticos acertados, revisar fotos, leer mensajes de agradecimiento de sus pacientes u otras acciones, los pasantes sienten motivación por seguir mejorando como profesionales y continuar con su labor como médicos de comunidad.

Para la dimensión moral del autocuidado, consideramos principalmente dos elementos de socialización que se mantienen en continuo debate en el momento en que los pasantes toman la decisión de emprender o no alguna acción de autocuidado y, estos son, la formación médica dentro del MMH y la experiencia durante la pasantía trabajando dentro de CES en las comunidades.

Mingote *et al.* (2013) menciona que aquellos que cuidan de los demás, a menudo tienen grandes dificultades para buscar y recibir ayuda. Los pasantes han sido formados como médicos dentro del MMH en el que la competencia, estatus, jerarquías y la violencia sistémica es normalizada (Castro & Erviti, 2015). La internalización de estos mandatos, genera que los médicos tengan grandes dificultades para reconocerse vulnerables, les cueste trabajo pedir ayuda a otros y generar acciones de autocuidado. Los mandatos internalizados del MMH, hacen que los médicos sientan sensaciones de culpa cuando busquen generar acciones de autocuidado llevándolos, incluso, a mantener la preocupación de que ocurra alguna complicación en sus pacientes o clínica mientras ellos toman un tiempo para sí y la procuración de su propio bienestar.

Tobón (2003) recalca que, pese a que el personal de la salud tiene el reto de promover el autocuidado en cada uno de sus pacientes para mejorar la calidad de vida de éstos, pocas veces los médicos emplean en sí mismos las recomendaciones que dan a los otros. Esta situación está relacionada significativamente con los mandatos de exigencia anteriormente descritos y con el deseo de los médicos de poder cumplirlos. La situación anteriormente descrita, aleja a los médicos de las acciones de autocuidado que generan importantes desgastes. Tras haber vivido mucho de estos desgastes los pasantes logran flexibilizar muchos de los mandatos del MMH a través de integrar 1) los aprendizajes recibidos de su núcleo familiar e historia particular y 2) los aprendizajes que han obtenido tras la socialización en las comunidades y dentro de CES.

La flexibilización de los mandatos podemos identificarla ya que:

- El personal médico se replantea su capacidad resolutive y se reconocen como seres con capacidades finitas. Esta reflexión es continua en la mayoría de las entrevistas de los pasantes y se expresa como un importante aprendizaje obtenido tras varias y fuertes experiencias. Con esta reflexión, el personal médico se muestra mucho más abierto a la posibilidad de creer en un ser superior (llamado por los pasantes como “Dios, la vida, la naturaleza o la suerte) que es quién, pese al esfuerzo que como médicos realicen, tiene la última palabra sobre lo que ocurrirá con sus pacientes.
- Los médicos recalcan la necesidad de autocuidado para mantener su capacidad, su propia vida y la de los demás.
- Los médicos se muestran arrepentidos por no haber solicitado apoyo en algunas ocasiones y reconocen que de haberlo hecho, podrían haber prevenido difíciles situaciones que experimentaron. Debido a esto, en la actualidad, la mayoría de los pasantes se muestran abiertos a recibir ayuda principalmente de sus pares, comunidades, programas de CES, familias y amigos.

Finalmente, cabe recalcar que, muchas prácticas de autocuidado que los pasantes tenían en sus lugares de origen no se pueden poner en práctica debido al contexto en el que se están desarrollando actualmente. Tobón (2003) menciona que, el autocuidado en sí, es la capacidad de realizar adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado ante los diferentes procesos de la vida. Los entrevistados han realizado múltiples adaptaciones a su contexto y prácticas ante su realidad actual y, reiteran echar de menos algunas acciones que practicaban en casa, sin embargo, también reconocen estar aprendiendo nuevas formas de cuidarse que les ayudan a cada día depender menos del contexto que les rodea y disfrutar más del compartir tiempo consigo mismos.

7.2.2 Construcción social del autocuidado colectivo

El autocuidado colectivo que viven los pasantes se ve reflejado, como dice Tobón (2003), en acciones planeadas y desarrolladas en cooperación para generar un medio físico, social, afectivo y solidario que busca el bienestar de cada integrante. La cooperación que cada integrante aporta, depende de su realidad y sus condiciones, es decir, en el caso de los pasantes, ellos buscan el bienestar de las demás personas principalmente a través de los cuidados de la salud y atención médica mientras que, las personas de las comunidades, por ejemplo, procuran el bienestar de los pasantes a través de atenciones, proveerles comida, hacerles partícipes de las actividades comunitarias, etc.

Para los pasantes, los grupos de cooperación para el autocuidado colectivo identificados son principalmente tres: las familias de la comunidad, el grupo de pasantes y el equipo de trabajo con el que laboran dentro de la clínica o remotamente con CES. Varios pasantes logran identificar que hay otros grupos que promueven su autocuidado colectivo, por ejemplo su familia, amistades, compañeros del internado que aún les escriben, etc. Sin embargo, la mayoría de las acciones

identificadas como promotoras de su autocuidado colectivamente se centraron en los tres grupos anteriormente mencionados.

Es importante identificar que los pasantes reconocen que, dentro de los grupos de cooperación, sienten un apoyo y cuidado mayor de las mujeres que les rodean que de los hombres. Es decir, en sus relatos, la mayoría de las acciones comentadas fueron desarrolladas por las mujeres de la comunidad en la que habitan, las compañeras de CES, la enfermera a cargo de la clínica, etc. En varias ocasiones, los pasantes identificaron que la participación de cuidado de hombres hacia ellos era muy importante, sobre todo de sus supervisores, compañeros pasantes o familiares, sin embargo, muchas de las acciones de cuidado colectivo que recibían de las figuras masculinas estaban más ligadas a la motivación, supervisión o acciones físicas concretas que se les encomendaban (como transportarles al finalizar alguna consulta nocturna, acompañarles a la compra para cargar las bolsas, etc.). Esta situación mencionada coincide con la amplia línea de investigación de género y cuidado, en la que durante años se ha confirmado que, dentro de nuestra sociedad, la carga de cuidados ha sido una y otra vez realizada por las mujeres, tanto en el ámbito familiar como en el social (Aguirre *et al.*, 2014; Ruggeri, 2014; Perez, 2006; Martín, 2008; Lagarde, 2004).

Achury, (2006) trabaja el concepto de la “mujer auxiliar del médico” que es responsable de cuidar tanto del paciente como del médico. Este concepto posteriormente dio pie a la profesionalización de la enfermería, sin embargo, si retomamos la idea original de la “mujer auxiliar del médico”, nos encontramos con que dentro del relato de los pasantes, la mayoría cuenta con al menos una mujer auxiliar que siempre les cuida y atiende. En algunas ocasiones, es la enfermera de la clínica quién constantemente apoya en lo profesional, pero que también se mantiene atenta a que el pasante haya comido, esté hidratado, etc.; en otros casos, son mujeres auxiliares de la comunidad que, más allá de las labores asignadas por CES, se mantienen cumpliendo funciones de cuidado al

pasante; también hay familias que les acogen y algunas de las mujeres de la familia son quienes preparan la comida, consienten preparando cosas especiales, apoyan con otras actividades como coser, curar, lavar, etc.

Ahora bien, hablando en específico de las prácticas de autocuidado colectivo, Orem (citada en Naranjo *et al.*, 2017) recalca que cuando existe el déficit de autocuidado, una persona o grupo puede funcionar como un sistema que ofrece a la persona necesitada un cuidado: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y/o de apoyo educativo. Al respecto los pasantes identifican que en algunas ocasiones los grupos de cooperación han realizado prácticas de autocuidado colectivo, en las que han compensado totalmente el desgaste que sienten. Por ejemplo; ante una crisis de depresión mayor, un compañero pasante identificó la crisis, se coordinó con alguien de la comunidad y lo comunicaron a CES. CES contactó a un especialista que lo atendió y gestionó varios días de descanso para el pasante en crisis. La familia del pasante, lo recibió en casa y le cuidó por varios días intensamente, recibió amistades, visitas, y cuidado que le hacían falta para solventar la crisis. Tras el manejo profesional y especializado de la depresión, el pasante regresó a la comunidad a continuar con su labor y fue recibido por varias familias que le apoyaron en su rehabilitación y compañeros que contribuyeron a que profesionalmente continuara con la labor. Cabe mencionar que los pasantes identifican que mucho del cuidado que han recibido en aquellos momentos de crisis, han sido resultado de que ellos también han cuidado a otros en diversas ocasiones, a sus familiares, amigos, pacientes y otras personas, sin embargo, se muestran muy agradecidos por contar con redes de apoyo sólidas que les han acompañado ante situaciones complejas.

Casos como el mencionado, son aquellos que Orem (citado en Conesa *et al.*, 2017) nombra como "sistemas de cuidado colaborativos" en los que el sistema es un todo único en el que cada miembro tiene demandas o hace contribuciones al sistema. En éste y todos los sistemas, siempre existirá

un déficit de compensación pues, por más esfuerzo que realice el sistema, no siempre podrá cumplir con los requerimientos de cada integrante de forma absoluta, sin embargo, entre más cercana una persona esté a tener cerca de sí un sistema de autocuidado que pueda cumplir como compensatorio ante una crisis, mayor bienestar y cuidado podrá ofrecer esta persona a lo largo de su vida.

Las dimensiones del autocuidado colectivo

En cuanto a las principales prácticas de autocuidado colectivo identificadas, se presentan las siguientes:

Dimensión Material del Autocuidado Colectivo

En esta dimensión, el autocuidado colectivo es muy fácil de distinguir ya que, en muchas ocasiones, se ve como un intercambio de cuidados en el que el médico ofrece su servicio profesional aunado al cuidado de la salud y, a cambio, recibe acciones de cuidado que le ayudan a mantener su bienestar como por ejemplo, alimentos, apoyo en gestiones del hogar, ayuda para transportarse, realizar compras, realizar llamadas, etc.

De parte de CES, existen apoyos explícitos que se les pueden ofrecer a los pasantes que éstos sienten como un cuidado de parte de la organización. Algunos son relacionados con los días libres, asesorías, supervisiones, materiales, etc. que más allá de que apoyen el cumplimiento de la labor médica, contribuyen al bienestar de los pasantes y es recibido por éstos como un “plus” que en otras pasantías no podrían haberse obtenido. Para los pasantes, el hecho de que CES les cuide como profesionales de la salud a través de supervisiones constantes, capacitaciones, etc. es una de las principales razones por las que decidieron cursar su pasantía con esta organización.

Dimensión Emocional del Autocuidado Colectivo

En cuanto a la dimensión emocional, es complejo separarla del material en el autocuidado colectivo ya que, cada acción de autocuidado colectivo tiene una implicación emocional que fortalece continuamente a los pasantes. Ellos recalcan que sentir el agradecimiento y compromiso de la gente que les rodea, es un motor para continuar con el esfuerzo que realizan día a día y fortalecer su motivación y autocuidado. Muchas de las acciones de autocuidado colectivo en que los pasantes intentan escuchar y cuidar a los otros y, a la vez, ellos son cuidados por los demás, generan la sensación de colectividad, camaradería, acompañamiento, fraternidad, con la comunidad, con sus pares y compañeros de CES, que emocionalmente les fortalecen mucho.

De parte de CES, los pasantes refieren que el autocuidado colectivo es muy promocionado a través de generar espacios de comunicación abierta entre pasantes con otros colaboradores de la institución; a través de continuamente recibir mensajes de cuidado de parte de sus supervisores u otros colaboradores y a través de sentir el agradecimiento cuando ellos fomentan el autocuidado de los otros. Todas estas situaciones, motivan significativamente a los pasantes a continuar generando ambientes de autocuidado colectivo que propicien el bienestar común.

Dimensión Moral del Autocuidado Colectivo

Dentro de la dimensión moral, los pasantes reconocen que las prácticas de autocuidado colectivo son muy importantes para el bienestar de las personas. La mayoría de los pasantes mencionan que las primeras prácticas de autocuidado colectivo las tuvieron dentro de su núcleo familiar en donde los padres, continuamente les recordaban la importancia de cuidar de sí a los hijos y que, los hijos, conforme fueron percatándose del cansancio y las necesidades de sus padres también han ido procurando conductas de autocuidado en ellos como, hacer ejercicio, tomar vitaminas, expresar sus emociones, etc. Esta posición coincide con la postura de Riechmann (2003) pues

identifica claramente la dependencia que tiene el ser humano a otros para sobrevivir y, que, sin los cuidados colectivos, no habría posibilidad de sostener la vida.

Ahora bien, pese a que la mayoría de los pasantes hacen hincapié en que, durante su infancia, tuvieron múltiples mensajes en los que, debido a los valores familiares, la religión u otras ídoles debían de propiciar el autocuidado colectivo dentro de los entornos en los que se desenvolvían; también es cierto que los pasantes identifican que vivimos en un mundo capitalista, competitivo y violento, en ocasiones, que promueve una competencia desmedida que puede reproducir sistemas violentos que atentan contra del autocuidado de quienes lo componen (Castro, 2014).

Aunado a este sistema social en el que vivimos, los médicos han sido formados dentro del MMH e identifican que durante su formación y ambientes laborales existen pocos valores encaminados a propiciar el autocuidado colectivo pues, como concluyen Arenas-Monreal *et. al.* (2004) en sus múltiples investigaciones, las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran. Castro (2014) añade, que las instituciones de salud fomentan la competitividad, el aprendizaje a través de la humillación y la poca cooperación entre pares, todo esto va en contra de los sistemas de cuidado colaborativo indispensable para crear ambientes de autocuidado colectivo.

Una consecuencia del MMH muy importante que se identifica en los pasantes, es la creencia de que el médico puede resolver solo los retos del día a día sabiendo cómo preservar la salud y, que por ende, no hace falta fomentar el autocuidado en ellos. Anteriormente, ya se ha visto cómo es difícil para los pasantes pedir ayuda y que en ocasiones tardan mucho en atreverse a hacerlo, sin embargo, hablando de los sistemas de cuidado colaborativos, este es uno de los aspectos que más complicaciones propicia para lograr la cooperación por el bienestar común, ya que, el médico no permite que los agentes de cuidado se acerquen fácilmente o accedan a conocer su

vulnerabilidad, mientras que, por otro lado, otras personas del sistema se sienten lejanas al médico que jerárquicamente se posiciona en un lugar de supremacía, muchas veces inaccesible y autoritario.

Abendroth & Flannery, (2006 citado en Hernández, 2017) recalcan que es indispensable que los entornos médicos vayan cambiando los mandatos sociales y fomenten estrategias de autocuidado que les permiten no dejar de lado sus necesidades para satisfacer a las de los demás. Sin embargo, los pasantes durante su testimonio, recalcaron que en diversas ocasiones han encontrado grandes dificultades para lograr esto ya que:

- Por una parte, sienten una gran demanda de los pacientes que, como dice Herrera (2010) desean una relación duradera con el profesional de la salud esperando que el médico le dé importancia a las dudas, miedos y comentarios dedicando tiempo y poniendo todo su conocimiento al servicio del paciente,
- Y por otra parte, como médicos, son quienes reciben y deben mediar con todo el enojo y frustración de los pacientes que navegan dentro de un sistema de salud que no cuenta con todas las condiciones necesarias para garantizar el derecho a la salud.

Esta situación, en la que los médicos se sienten comprometidos con proveer el mejor cuidado a sus pacientes pero que, a la vez reciben altas exigencias de ellos, ha sido estudiada en múltiples ocasiones y al respecto Herrera, *et.al.* (2010) concluye que incluso, los médicos sienten que los pacientes los respetan poco y son agresivos con ellos debido a que tienen expectativas sobredimensionadas sobre la atención que recibirán de parte del médico y sobre sus derechos. En el caso de los pasantes de la presente investigación, esta situación se ha vivido y ha despertado grandes inquietudes, inconformidad y desgaste en los pasantes que, por una parte, desean cumplir con las expectativas puestas sobre su capacidad para garantizar el derecho a la salud de sus pacientes, y por otra, identifican múltiples complicaciones que los alejan de poder hacer esto

realidad. En esta encrucijada, muchas veces los pasantes quedan en un punto donde sienten que el sistema que les rodea no propicia el autocuidado colectivo sino que al contrario, se les juzga y violenta debido a que realizan prácticas de autocuidado como alimentarse, descansar, etc. mientras tienen una larga fila de pacientes esperando con grandes malestares.

Pérez (2006) identifica que el cuidado tiene estrecha relación con el ejercicio de los derechos y la obligación del sistema protector para garantizar éstos, sin embargo, cuando el sistema protector de los derechos se encuentra desbalanceado, genera sistemas violentos contra los médicos que deben de ser promotores del derecho a la salud sin contar con las condiciones y posibilidades necesarias para lograrlo. Para los pasantes, esta situación, moralmente, es un detonador de desmotivación y conflicto importante, ya que una de las principales causas por las que la mayoría eligió el programa de Servicio Social con CES fue para “hacer algo” para ayudar a población vulnerable en una de las zonas más marginadas del país (como dicen los griegos, cuidar más allá del pensamiento, llegar a la vida buena a través del camino de la praxis (Pinto *et al.*, 2017).

Sin embargo, al llegar a la realidad que acontece en la sierra, existen demasiadas complicaciones. Los pasantes entienden que los pacientes, como seres humanos tengan la necesidad de mantener la paz y acceder a la justicia (Comins, 2003), y se muestran comprometidos en ser agentes de promoción del derecho a la salud para que todos sus pacientes puedan tener una “vida buena”, sin embargo, también desean que el sistema de autocuidado colectivo les procure y proteja, para que puedan ellos mismos satisfacer sus derechos y prevenir el desgaste a través de que exista un reconocimiento expreso en el que cuidados y cuidadores tengan garantías explícitas que les protejan (Pautassi, 2018).

7.3 Representación social de cuidar de mí para cuidar de otros

Los pasantes identifican que para poder cuidar de otros, es indispensable cuidarse a si mismos. Esto coincide con múltiples investigaciones que reconocen el autocuidado como algo indispensable para prevenir el desgaste y garantizar la salud del profesionista y el bienestar del usuario (Oltra, 2003). Esta postura sobre el autocuidado para cuidar, se alinea con los principios y valores de CES, organización para la que trabajan y que, a su vez, sigue los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (2017) que establece que la disposición de cuidados de parte del médico a sus pacientes se verá en gran medida limitada o fomentada con base en: 1) las condiciones en las que el médico se cuida para prevenir el desgaste laboral y; 2) las condiciones estructurales en las que el médico recibe al paciente.

Durante las entrevistas, los pasantes identificaron que cuando se sienten demasiado agotados, su rendimiento como médicos disminuye y su capacidad de reacción, de resolución y de acompañamiento es casi nula. En el discurso, los pasantes comparten múltiples estrategias que ponen en práctica para intentar compensar el desgaste pero afirman que, continuamente, se sienten desbordados debido a que estos mecanismos son insuficientes. Curiel-García *et al.*, (2006) recalcan que cuando la fatiga emocional del médico es demasiada, los mecanismos de compensación son insuficientes y se afecta inmediatamente la esfera del rendimiento laboral y del trato a los pacientes. Es por ello, que los autores mencionan que es indispensable generar acciones que favorezcan una respuesta positiva hacia el trabajo, disminuyan el cansancio emocional y mejoren la actitud y conductas negativas hacia los compañeros laborales y los pacientes.

Para los pasantes, es indispensable cambiar el paradigma y construir sistemas de autocuidado colectivo. Existen diversos aspectos sobre autocuidado que deben ser explorados y fomentados en el personal de salud (Orem, 1991). Naranjo *et al.*, (2017) recalca que para garantizar el bienestar, es indispensable fomentar la agencia de cuidado (capacidad para participar en su propio

cuidado) en los médicos. Al respecto, los pasantes identifican varios factores que son indispensables para desarrollar esta capacidad de agencia y estos son:

- Trabajar emocionalmente sus propia salud mental para ser conscientes de qué prácticas les generan autocuidado. De esta forma, ante una situación crítica o en búsqueda de cuidar de si, sabrán qué acciones seguir para poder generar bienestar a si mismo y fortalecer su salud mental.
- Diseñar un código o proceso a través del cual pueda notificar a los pares, a los compañeros de la clínica, pacientes u otras personas que, como médicos, requieren realizar alguna práctica de autocuidado y que, no por ello, existe falta de compromiso o desinterés por el bienestar de los demás.
- Reflexionar colectivamente, con ejemplos y experiencias sobre cómo es que el autocuidado es indispensable para cuidar mejor de otros. Todo esto, con el fin de que los pasantes puedan identificar que su desgaste no solamente impacta en su salud mental y física sino, que también afecta a todo el sistema que le rodea es decir, que los pasantes puedan comprender que el autocuidado es una responsabilidad por el bien individual pero, también, es una responsabilidad por el bien colectivo.
- Prepararse de manera preventiva como equipo para acompañarse ante situaciones críticas, esto se puede realizar a través de abrir espacios en los que, cada cierto tiempo (pueden ser semanales), los participantes puedan compartir sus preocupaciones, formas de autocuidado que les funcionan, creencias y emociones en torno a lo vivido durante su labor como médicos reflexionando sobre la muerte, el sostenimiento de la vida, las limitaciones qué como médicos que pueden tener en la práctica, etc.
- Fortalecer los programas de estudio con más información sobre diagnóstico, tratamiento y acompañamiento en temas de salud mental que les permitan sentirse más cómodos al atender estos casos, poder identificarlos y lograr un mayor alcance durante su

intervención. De igual manera, esta información será útil para el autoconocimiento y la promoción de salud mental de los mismos médicos.

- Generar espacios en los que se haga un frecuente reconocimiento a la labor realizada, en donde entre colegas o equipo de trabajo puedan retroalimentar su labor y motivarse a través de hacer saber a los otros su opinión sobre el trabajo realizado.
- Motivar al equipo a que se den pausas durante el trabajo, se generen espacios para que los médicos puedan tener un momento de privacidad o puedan cultivar prácticas de promoción de su salud mental o espirituales que les permitan conectar consigo mismos y con los demás.
- Educar a las comunidades para que se establezcan límites claros, que se pueda identificar qué es considerado una emergencia y qué no, qué significa el derecho a la salud y que su cumplimiento depende del sistema de salud y no sólo del médico pasante que se encuentra cubriendo guardias en la comunidad.

Todas estas posturas, coinciden significativamente con las posturas de autores como Orem (1991); Curiel-García *et al.*, (2006); Watson (2002); Hernández-Tezoquipa *et al.*, (2004) que concluyen, a través de sus investigaciones, la importancia de escuchar directamente al personal de salud para poder entonces identificar acciones que realmente fomenten su agencia de cuidado.

Ahora bien, para que todas estas acciones contribuyan a generar agencia, es indispensable que haya una conciencia sobre el propio estado de salud, es decir, es indispensable que haya un pensamiento racional que tenga deseo y compromiso para cumplir las acciones de autocuidado orientadas interna o externamente (Naranjo *et al.*, 2017). Este deseo y este compromiso viene ligado significativamente de la socialización e internalización de las construcciones sociales que acompañen a los pasantes a lo largo de su vida, su formación y su profesionalización, es por ello, que es indispensable que se continúen promoviendo programas educativos en los que se fomente

el cuidado humanista hacia el paciente y el mismo médico como por ejemplo, las nuevas propuestas de Educación Interprofesional (EIP) que se pretende continuar fomentando en la formación de los médicos en varios países.

Esta propuesta busca 1) el cuidado humanista y profesional del paciente y su entorno y 2) ayudar al paciente con orientación, enseñanza y consejo para que sea capaz de realizar su autocuidado (Aliaga, 2003). Sin embargo, dentro del planteamiento de la EIP se recalca claramente que, para poder cumplir las metas anteriormente mencionadas, los médicos tendrán que haber pasado por un proceso de autocuidado en el que, el sistema de salud sea un sistema colaborativo de cuidados que propicie el bienestar de todos los que lo integran y que fomente el autocuidado colectivo. De esta forma, las investigaciones cada vez van fortaleciendo de manera más integral el proceso de atención a la salud en el que, el médico no es únicamente un servidor de la salud, sino que, es él, quien desde su propia experiencia y humanización cuida del otro promoviendo, a través del ejemplo, la salud física y mental.

Con propuestas como la anteriormente mencionada, los pasantes podrán continuar desarrollándose dentro de un sistema en el que el cuidado sea entendido como un proceso de conciencia y empoderamiento personal y comunitario (Comins, 2003) que requiere de un autoconocimiento, primero, de parte del médico, para poder entonces, cuidar y empoderar al paciente.

8. Conclusiones

La necesidad de cuidar y ser cuidado es inminente al sostenimiento de la vida y la salud. La filosofía abordó este tema desde diversas aristas que sentaron las bases para comprender y explicar los principales elementos que giran en torno a la complejidad de este concepto. En la actualidad, el cuidado es un concepto que abre múltiples debates tanto en espacios públicos (académicos, políticos, laborales, etc.) como en espacios íntimos (la familia) ya que, gracias a los amplios cuestionamientos que se han ido construyendo en torno a éste, cada vez se visibiliza más el impacto que tiene en la vida de las personas y la necesidad del ejercicio de éste como un derecho. El personal de salud es uno de los principales actores sociales que contribuyen a que el derecho al cuidado sea vigente y posible, sin embargo, durante la formación académica y profesional existen escasas contribuciones al cuidado humanista dentro de la labor médica.

Conocer las representaciones sociales del cuidado en los médicos, esto es, la construcción e interpretación de una parte importante de la realidad en la que viven personal y profesionalmente como miembros de un grupo específico (profesionistas de la salud) insertos en una cultura, es esencial para explicar los campos de acción en su quehacer profesional y en las nuevas rutas que emprenden para humanizar el cuidado médico dentro de nuestra sociedad. Los pasantes entrevistados, construyen el concepto de cuidado a través de acciones multidimensionales que permiten promover el bienestar de los demás; sin embargo, identifican que existen grandes desafíos para poder lograr esto dentro del contexto laboral, demostrando compromiso para lograrlo.

Por otra parte, en las representaciones sociales del autocuidado en los médicos se pudieron identificar valores y creencias confrontativas sobre su importancia durante su labor médica ya que, los entrevistados, sí reconocieron la importancia de emprender acciones para su propio bienestar

(cuidar de sí) pero a la vez, mostraron confusión y culpa al tener que ejecutar estas prácticas mientras tienen pacientes que necesitan de ellos. Pese a esta dualidad y culpa, los pasantes se mostraron claros en la importancia de auto cuidarse para cuidar y, entusiastamente, sugirieron varias estrategias que podrían contribuir a generar un cambio al respecto, esto con el fin de que el cambio conceptual discursivo se materialice y, en este sentido, se reproduzca y materialice en la práctica cotidiana.

Finalmente, dentro del área académica, es indispensable seguir generando conocimiento con transversalización de género y con herramientas conceptuales, que contribuyan a desnormalizar el rol natural de cuidadoras dado a las mujeres en nuestras sociedades. Es imperante seguir luchando, desde la academia y la sociedad civil, por abogar ante las autoridades gubernamentales del orden estatal y federal para que garanticen el derecho al cuidado de todas las personas y diseñen recursos económicos, institucionales y profesionales para este fin.

Las RS del cuidado y autocuidado en los médicos, evidencian la urgencia existente de implementar estrategias de prevención y atención a este tema en todos los ámbitos, para prevenir las fuertes consecuencias que trae consigo el desgaste tanto en ellos como en el sistema que les rodea.

Creemos, se debe sostener un continuo cuestionamiento sobre la repartición de los cuidados entre el Estado, la familia, el mercado, las instituciones de salud y la sociedad civil para garantizar que cuidadores y cuidados gocen la garantía de sus derechos en todo momento.

Finalmente, como lo destaca Castro (2014) es necesario continuar el estudio sociológico de los modelos médicos y su impacto sobre la capacidad de cuidado y autocuidado en el personal médico, desde una sociología crítica que nos permita desencantar ese mundo y cuestionarlo radicalmente.

Referencias bibliográficas

- Abric, J. (2001). A structural approach to social representations. En: Deaux, K. & Philogène, G. (Eds.), *Representations of the Social*, 42-47.
- Acebedo -Urdiales, S., Jiménez-Herrera, M. F., Rodero-Sánchez, V., & Vives-Relats, C. (2011). Re-Pensando las complejidades del rol profesional desde la teoría de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 86-90.
- Achury, D. (enero-diciembre 2006). La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería Investigación. *Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 8(1-2), 8-15.
- Acinas, M. P. (2012). Burn-out and compassion fatigue in palliative care. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Aguilar Ortega, T. (2016). Desigualdad y marginación en Chiapas. *Península*, 11(2), 143-159.
- Aguirre, R., Batthyány, K., Genta, N., & Perrotta, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas de Uruguay. *Íconos, Revista de Ciencias Sociales* (50), 43-60.
- Aibar, J. (2013). Introducción. En: J. Aibar, F. Cortés, L. Martínez, & G. Zaremberg, *El helicoides de la investigación, Metodología en tesis de las Ciencias Sociales* (pp. 13-56). FLACSO.
- Alba, R. (2015). El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. *Revista Cultura de los Cuidados*, 19(41), 101-105.
- Aliaga, E. (2003). *Políticas de promoción de la salud en el Perú: Retos y Perspectivas*. Foro Salud y Observatorio del Derecho a la Salud-CIES, Redes Jóvenes. Falta link.

- Anderson, P. (2018, 18 de Mayo). *Los médicos tienen la tasa más alta de suicidio de cualquier profesión*. Medscape, American Psychiatric Association. Obtenido de <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5902715>
- Aparicio, A. (2007). La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos. *Gazeta de Antropología*, 23(14), 1-13.
- Arab, J., Véliz, D., Díaz, L. A., Riquelme, A., & González, M. (2015). Carga laboral horaria en residentes de especialidad y subespecialidad. *Investigación en Educación Médica*, 5(14), 21-22.
- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R., & Bonilla-Fernández, P., (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública Méx*, 46, 326-332.
- Arenas-Monreal, M., Jasso-Arenas, J., & Campos-Navarro, R. (2011). Autocuidado: elementos para sus bases conceptuales. *Global Health Promotion*, 18(4), 42.
- Batthyány, K., Genta, N., & Perrota, V. (2013). *La población uruguaya y el cuidado. Análisis de representaciones sociales y propuestas para un Sistema de Cuidados en Uruguay*. Universidad de la República.
- Bauman, Z., & Lyon, D. (2013). *Vigilancia líquida*. Paidós.
- Borges de Meneses, R. (2013). La deconstrucción en Jacques Derrida: Qué es y qué no es como estrategia. *Universitas Philosophica*, 30(60).
- Borges, A. (2011). Mujeres y sus casas: retrospectiva y perspectiva de un sendero en antropología y sociología. *Estudios Sociológicos*, 29(87), 981-1000.

- Borreli, F. (2017). La relación médico paciente en un mundo cambiante. *HUMANITAS Humanidades Médicas* (15), 1-32.
- Bourdieu, P. (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. (2ª ed.). Anagrama.
- Burnett, H. J. (2017). Revisiting the Compassion Fatigue, Burnout, Compassion Satisfaction, and Resilience Connection Among CISM Responders. *SAGE Open*, 7(3). <https://doi.org/10.1177/2158244017730857>
- Byock, I. (2012). *The best care possible: A physician's quest to transform care through the end of life*. Avery.
- Campos, G., & Lule Martínez, N. E. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmaj*, 7(13), 45-60.
- Campos-Vidal, J. F., Cardona-Cardona, J., & Cuartero-Castañer, M. E. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 119-136.
- Cardoso, H. A. (2007). Del proyecto educativo al modelo pedagógico. *Odiseo: Revista electrónica y pedagogía*, 4 (8), 2-42.
- Care, P. H. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria de Salud *Professional exhaustion by empathy in Primary Health Care*, 21(1), 4–6.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad, el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. CRIM-UNAM.
- Castro, R. (2010). *Teoría Social y Salud*. CRIM-UNAM.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197.

- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción*. CRIM.
- Collierie, M. F. (1993). *Promover la Vida*. McGraw Hill.
- Comins, I. (2003). Del Miedo a la Diversidad a la Ética del Cuidado: Una Perspectiva de Género Convergencia. *Revista de Ciencias Sociales*, 10(33), 96-122. 33.
- Compañeros en Salud. (2019). *Nuestra Historia*. Compañeros en Salud. <https://companerosensalud.mx/historia>
- Conesa, E. (2017). (No) Time for Care and Responsibility. From neoliberal practices in academia to collective responsibility in times of crisis. En: Revelles, B. & González, A. *Teaching with Feminist Politics of Responsibility in Times of Crisis* (42-64). Routledge.
- Covas, S., Maravall, J., & Bonino, L. (2009). *Los hombres y el cuidado de la salud*. Observatorio de Salud de las Mujeres y Ministerio de Sanidad y Política social.
- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140.
- Curiel-García, J. A., Rodríguez-Morán, M., & Guerrero-Romero, F. (2006). Síndrome de agotamiento profesional en personal de atención a la salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 22(3), 221-226.
- Daly, M.; Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298.
- Durkheim, E. (2000). *Las reglas del método sociológico*. Quinto Sol.
- Entralgo, L. (1983). *La relación médico-enfermo*. Alianza.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de Poder*. Paidós.

- Frank, A. (2005). La información en la relación médico-paciente. *Neurología*, 1, 23-26.
- Fuentes, P. (2017). De la educación interprofesional al trabajo en equipo en salud. *Horizontes de Enfermería*, 28(1), 1-3.
- Fuster, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Avances en investigación cualitativa en educación*, 8(2), 201-229.
- García-Chong, N. R., Salvatierra-Izaba, B., Trujillo-Olivera, L. E., & Zuñiga-Cabrera, M. (2010). Mortalidad infantil, pobreza y marginación en indígenas. *Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, 6(1), 115-130.
- Gaviria, C. (2012). El retorno a la esencia fenomenológica de las representaciones sociales. *Intercultural Communication Studies*, 21(1), 78-88.
- Geertz, C. (2005), Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura, en *La interpretación de las culturas*, Gedisa, 19-40.
- Gómez, C. (2018, 01 de septiembre). Del derecho al acceso... hay mucho trecho. *Excelsior*, p. 1. <https://www.excelsior.com.mx/opinion/carolina-gomez-vinales/del-derecho-al-acceso-hay-mucho-trecho/1262194>
- Gómez, R., & Grimaldi, A. (1998). Tabaquismo en el personal de salud: un estudio en una unidad hospitalaria. *Salud Pública de México*, 40(1), 53-57.
- Gómez-Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 90, 41-56.
- González, R. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(1), 4-6.

- González, C., Sánchez, Y., & Peña, G. (2018). Fatiga por compasión en los profesionales del servicio de emergencia. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 4(1), 483-498.
- Grize, J.-B. (1993). Logique naturelle et représentations sociales. *Papers on social representations*, 2, 151-159.
- Guerra, C., Rodríguez, K., Morales, G., & Betta, R. (2008). Preliminary Validation of the Self-Care Behaviors Scale for Clinical Psychologists. *Psykhé*, 17(2), 67-78.
- Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., & Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Global*, 13(33), 318-327.
- Guillen, T. A. (2017). *Estrés laboral en personal médico de un hospital de la región Altos Tsotsil-Tzeltal de Chiapas*. [TESIS de maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural]. El Colegio de la Frontera Sur. <https://ecosur.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream>
- Held, V. (2014) The Ethics of Care as Normative Guidance: Comment on Gilligan. *Journal of Social Philosophy*, 45(1), 107-115.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5 ed.). McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, J. F. (2012). Sociología de las profesiones sanitarias: Aportaciones de las ciencias sociales en la descripción y análisis de la evolución y el estado actual del subsistema profesional dentro de los servicios de salud de los países desarrollados. *Textos de administración sanitaria y gestión clínica*, 1-25.
- Hernández, M. d. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53-70. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55811>

- Hernández-Tezoquipa, I., Arenas-Monreal, L. M., Martínez, P. C., & Menjívar-Rubio, A. (2003). Autocuidado en Profesionistas de la Salud y Profesionistas Universitarios. *Acta Universitaria*, 13(3), 26-32.
- Herrera, N., Guitierrez-Malaver, M., Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A., & Sánchez-Martínez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 343-355.
- Hochschild, A. (2007). The Sociology of Feeling and Emotion: Selected Possibilities. *Revista Sociological Inquiry*, 45, 280-307.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021, 3 de junio). Diversidad. <http://cuentame.inegi.org.mx>
- Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodologies qualitatives. En: Moscovici, S., & Buschini, F., *Les méthodes des sciences humaines* (pp. 139-162). Press Universitaires de France.
- Juárez-Rodríguez, P., & García-Campos, M. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del INstituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109-111.
- Kapoulitsas, M., & Corcoran, T. (2015). Compassion fatigue and resilience: A qualitative analysis of social work practice. *Qualitative Social Work*, 14(1), 86-101. <https://doi.org/10.1177/1473325014528526>.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Masson.
- Lagarde, M. (2004). Mujeres Ciudadoras. Entre la obligación y la satisfacción. En R. Ana, *Congreso Internacional Lare 2003, Cuidar Cuesta: Costes y Beneficios del Cuidado* (pp. 155-160). Bilbao: EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer.

- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial.
- Laurell, A. (1981). El carácter social del proceso salud-enfermedad y su relación con el proceso de trabajo. En: Ortiz, F., *Vida y Muerte del Mexicano*, 189-217. Folios.
- Letablier, M. (2007). El trabajo de cuidados y su concepción en Europa. En Prieto, C., *Trabajo, Género y Tiempo Social*, 64-84. Dialnet.
- Marsollier, R. G. (2013). La despersonalización y su incidencia en los procesos de desgaste laboral. *Psicología.com*, 17(7), 1-10.
- Martín, M. (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias. *Política y Sociedad*, 45(2), 29-47.
- Martínez, L. (2019, 10 de Octubre). El 27% de los alumnos de Medicina tiene depresión y el 11% ideas suicidas. *Redacción Médica*.
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y el arte en la metodología cualitativa*. Trillas.
- Martín-Palomo, M. & Muñoz, J. (2015). Emociones en el espacio público: Acciones para enfrentar la violencia de género. *Cultura y representaciones sociales*, 9(18), 187-228.
- Martín-Palomo, M. (2013). Tres generaciones de mujeres, tres generaciones de cuidados: Apuntes sobre una etnografía moral. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 115-138.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Prentice Hall.
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Laertes.
- Mendes, M. A., & Lopes, D. d. (2009). La Teoría de los Roles en el Contexto de la Enfermería. *INDEX de enfermería: Información bibliográfica, investigación y humanidades*, 18(4), 258-262.

- Mesa, L., & Romero, M. N. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 55-92.
- Mingote, J., Crespo, D., Hernández, M., Mercedes, N., & Consuelo, R. (2013). Suicide prevention in doctors. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 59(231), 176-204.
- Molinier, P., & Legarreta, M. (2016). Subjetividad y materialidad del cuidado: ética, trabajo y proyecto político. *Revista Papeles del CEIC*, (1), 1-14.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *ANS. Advances in nursing science*, 13(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1097/00012272-199009000-00002>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.
- Mucci, M. (2008). *La relación médico-paciente ¿un vínculo distinto o distante?* *Psicodebate*, 8, 61-78. <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.417>.
- Muñoz, N. (2009). Reflexiones sobre el cuidado de sí como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5(3), 391-401.
- Murillo, S. (1995). Espacio doméstico: el uso del tiempo. En Tobío, C. y Denche, C. (Ed.). *El espacio según el género, ¿un uso diferencial?* DGM.
- Naranjo, Y., Concepción, J. A., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 1-11.
- Nussbaum, M. (1994). *The Therapy of Desire. Theory and Practice in Hellenistic Philosophy*. Princeton University Press.

- O'Mahony S, Ziadni M, Hoerger M, Levine S, Baron A, Gerhart J. (2017). Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2), 343-347.
- Oltra, S. (2003). El autocuidado, una responsabilidad ética. *Psiquiatría Universitaria*, 9(1), 85-90.
- OPS-CIOMS. (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (4 ed.). Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.
- Orem, D. (1991). *Conceptos de enfermería en la práctica* (4a ed.). Ediciones Científicas y Técnicas, S.A.
- Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: Canadian Public Health Association; 1986.
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *ESTRÉS EN EL TRABAJO: Un reto colectivo*. Turín, Italia: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. (2017, 29 de Diciembre). *Salud y derechos humanos*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
- Organización Mundial de la Salud. (2013, 15 de Diciembre). *Salud mental: un estado de bienestar*. OMS. https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe: The Free press.
- Pautassi, L. (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 98 (272), 717-742.
- Pérez, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: El caso de los cuidados*. Consejo Económico y Social.

- Pfaff, K. A., Freeman-Gibb, L., Patrick, L. J., DiBiase, R., y Moretti, O. (2017). Reducing the “cost of caring” in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4), 512–519. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1309364>.
- Pharo, P. (2004). *Moral y sociología*. Gallimard.
- Pinto, J., Santamaría, J., Santamaría, A., & Martínez, S. (2017). Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado y filosofía. *Revista de Enfermería*, 11(3), 735.
- Pinzon-Amado, A., Guerrero, S., Moreno, K., Landínez, C., & Pinzón, J. (2013). Ideación suicida en estudiantes de medicina: prevalencia y factores asociados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 47-55.
- Piña, J. M., & Cuevas, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*, 26(105-106), 102-124.
- Pujadas, J. (2000). El método biográfico y los géneros de la memoria. *Revista de Antropología Social*, (9), 127-158.
- Putnam, R. A., & González, C. (1998). La ética del cuidado. *Revista de libros* (14), 26-28.
- Raile, M., & Marriner-Tomey, A. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería* (6ta ed.) Elsevier.
- Rateau, P., & Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y método. *Revista CES Psicología*, 6(1), 22-42.
- Reichmann, J. (2003). *Cuidar la Tierra. Políticas agrarias y alimentarias sostenibles para entrar al siglo XXI*. Icaria.
- Rimpelä, A., Vikat, A., Kosunen, E., & Rimpelä, M. (1987). Mortality of doctors: Do doctors benefit from their medical knowledge? *The Lancet*, 329, 84-86.

- Rodrigues, R., Guimarães de Andrade, O., & Marques, S. (2001). Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de la salud en un acianiato. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(1), 7-12.
- Rodríguez, N. (1967). La relación médico-paciente. *Revista de Psicología*, 5, 137-142.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García E. (1999), *Metodología de la investigación cualitativa*, Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, R. (2017). Desgaste profesional por empatía en la Atención Primaria. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(1), 4-6.
- Rossi, G. G., Cagnoni, A., Giser, E. L., Luciano, J., Cortés, L., Lerose, C., La Greca, R., Sánchez, J., Dalbberg, P. (2013). Encuesta sobre satisfacción laboral de los médicos de un Hospital Público. *IntraMed Journal*, 2(1), 1-14.
- Rubio, S. (2010). Profesionalización de Enfermería en México. *Revista de Enfermería Cardiológica*, 18(1-2), 4-6.
- Ruggeri, S. (2014). Re-leer el estado de bienestar desde la perspectiva de género. *Revista de estudios socioeducativos: RESED*(2), 45-65.
- Salazar Jasso, R. (2018, 21 de Mayo). *Estudiar Medicina: factor de riesgo para el suicidio* ELSEVIER.
- Salazar, R. (2001). *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. Stanford University Press.
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78.

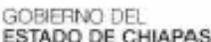
- Sansores, R., & Espinosa, A. (1999). *Programa Cognitivo-Conductual de la Clínica para dejar de Fumar*. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.
- Sarraceno, C. (2009). Generación y cuidado: ¿viejas soluciones para nuevos escenarios? *Revista Italiana de Política Social*, (2), 53-75.
- Scott, J. (2013). El género: una categoría útil para al análisis histórico. En Lamas M. (ed.), *El género, la construcción cultural de la diferencia sexual*, 265 - 302. Porrúa
- Secretaria de Hacienda de Chiapas (2021, 1 de junio). Programa Regional de desarrollo. Región VI Frailesca. <http://haciendachiapas.gob.mx>.
- Secretaría de Salud. (2016). *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016*. México: Secretaría de Salud.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (1985). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Tapia-Conyer, R., Cravioto, P., De la Rosa, B., Galván, F., García de la Torre, y G., Kuri, P., (1997). Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians. *Salud Pública de México*, 39, 507-512.
- Tarres, M. (2001). *Observar, escuchar y comprender, sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. COLMEX-FLACSO.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1987). *Introducción de los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.
- Tobón, O. (2003). El Autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la Promoción de la Salud de la Universidad de Caldas*, 37-49.
- Urteaga, E. (2008). La sociología de las profesiones: una teoría de la complejidad. *Lan Harremanak*, 18(1), 169-198.

- Valencia, F. (2016). *Riesgos eléctricos y mecánicos: Prevención y protección de accidentes. Seguridad y Salud en el trabajo*. Ediciones de la U.
- Villarini, Á. (2008). El cuidado en la salud y la educación salubrista como promoción de competencias humanas y autonomía. *Salud Uninorte*, 24(2), 341-350.
- Villaruel, G. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17(49), 434-454.
- Villegas, M. (2014). Origen, construcción y desarrollo de la dimensión moral en el psiquismo humano. *Revista de Psicoterapia*, 25(98), 25-40.

Anexos

Anexo 1. Documentos de aprobación del Proyecto

“Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: análisis de una intervención comunitaria”.

					
<p>SECRETARÍA DE SALUD INSTITUTO DE SALUD DIRECCIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN Y ENSEÑANZA EN SALUD.</p>					
<p>Oficio No.: 5003/7251 Asunto: Aprobación Bioética de Proyecto de Investigación.</p>					
<p>Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 28 de agosto de 2018.</p>					
<p>Dr. Hugo Ernesto Flores Navarro Director de Compañeros en Salud México A.C. 1ª poniente sur No. 25, Col. Centro Ángel Albino Corso, Chiapas CP 30370 Chiapas.</p>					
<p>En atención a su escrito del 20 de agosto, solicitando la Evaluación Bioética del proyecto: “Comunidades Indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas: Análisis de una intervención comunitaria”, le comento lo siguiente:</p>					
<p>La población indígena, que casi es sinónimo de pobreza, con una escolaridad mínima, todavía con analfabetismo, con altos índices de alcoholismo y violencia intrafamiliar, discriminación, constituyen un ambiente propicio para trastornos de conducta. Los problemas de salud mental que en su escrito refieren hasta del 25% en la población es un problema mayúsculo que desafortunadamente en nuestro país ha sido desatendido por mucho tiempo, con consecuencias tampoco cuantificadas pero que seguramente son graves. Consideramos que la justificación para este trabajo es inobjetable, con las siguientes recomendaciones, aunque se presentan en el protocolo:</p>					
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Gran sensibilidad dado lo íntimo de lo que se va a explorar, considerando muy importantemente la interculturalidad. 2.- La confidencialidad que debe estar asegurada. 3.- La Carta de Consentimiento bajo Información, firmada por los padres y el adolescente. 					
<p>Por lo tanto el Comisión declara como APROBADA esta investigación, les solicitamos un resumen con las conclusiones del trabajo al finalizar éste.</p>					
<p>Atentamente. </p>					
<p>Dr. Luis Ángel de Jesús Terán Ortiz. Secretario Técnico de la Comisión de Bioética Del Estado de Chiapas.</p>					
<p>Unidad Administrativa, Edificio “C” Col. Maya. C.P. 29010. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Commutador: (961) 61 89250 ext. 44100 y 44219. Fax: 44096 www.salud.chiapas.gob.mx</p>					
					



Instituto Nacional
de Salud Pública

Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Comité de Investigación
Registro COFEPRIS: 18 CI 17 007 029.

CI-895-2018.

Cuernavaca, Mor., a 04 de diciembre del 2018.

Dra. Luz María González Robledo
Doctora en Salud Pública
Profesora-investigadora
Facultad de Medicina
Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Calle Leñeros esquina Itzacóhuatl s/n Colonia Volcanes
Cuernavaca, Morelos (México) CP 62330

Estimada Dra. González,

Por medio del presente informo a usted, que el Comité de Investigación revisó la respuesta a las observaciones emitidas al proyecto de investigación titulado: **Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria**; cumpliendo satisfactoriamente los requerimientos para emitir el siguiente dictamen:

Aprobado Etapa I

La cual consiste en un estudio diagnóstico del estado actual de la condición, percepción y conocimiento de los problemas de salud mental (depresión, trastorno de ansiedad) en población adolescente de Chiapas, donde se utilizarán métodos mixtos de investigación.

Los resultados de esta etapa permitirán contar con evidencia para el diseño de una intervención de atención a la salud mental que combine los hallazgos del diagnóstico previo, la realidad socio-cultural de la población de interés y la capacidad de los prestadores de servicios de salud de atender ambos padecimientos en el primer nivel de atención en el Estado de Chiapas.

Hacemos de su conocimiento que al solicitar la evaluación de las etapas subsecuentes, deberá entregar un informe de la primera etapa.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo

Atentamente,

Dra. Hortencia Reyes Morales
Presidenta del Comité de Investigación
Instituto Nacional de Salud Pública



Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud



Registro ante CONBIOÉTICA: 17CEI00420160706
Registro ante COFEPRIS: 13 CEI 17 007 36
FWA: 00015605

Cuernavaca, Mor., 17 de enero, 2019
Proyecto Externo CI: 005
Aprobación en Etapas

Dra. Luz María González-Robledo
Profesora Investigadora Facultad de Medicina UAEM
Investigadora Responsable de Proyectos
Presente

En relación a su proyecto titulado: *"Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: análisis de una intervención comunitaria"* me permito informarle que los y las integrantes del Comité de Ética en Investigación acordaron el dictamen de:

Aprobado Fase I

Le aclaramos que esta aprobación corresponde exclusivamente a la Etapa de Diagnóstico Situacional. Para continuar con la Fase de intervención, será necesario someter la documentación correspondiente a un Comité de Ética en Investigación, para su revisión y eventual aprobación.

Le agradecemos su cooperación y compromiso con la protección de los derechos de los sujetos humanos en la investigación.

Atentamente



Dra. Angélica Ángeles Llerenas
Comité de Ética en Investigación
Presidente

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Camineria
Cobania Santa María Ahuacatlilán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
corm: (777) 329 3000

www.insp.mx



Generación de conocimiento
para el desarrollo de políticas de salud

COMITÉ DE BIOSEGURIDAD



CB19-005

Cuernavaca, Mor., a 14 de enero del 2019.

Dra. Luz María González-Robledo
Responsable de Proyecto
Presente

En relación a la **Revisión 1** de su proyecto titulado: **"Comunidades indígenas, cultura local y salud mental en poblaciones adolescentes mexicanas y canadienses: Análisis de una intervención comunitaria"** se le informa que el Comité de Bioseguridad emite un dictamen como:

Exento de revisión

Dado que el protocolo no contempla el manejo de muestras biológicas ni la generación de RPBIs y/o CRETIs.

Le recordamos que si tiene alguna duda con respecto al manejo de CRIT y RPBI puede consultar el Manual de procedimientos para el manejo de sustancias CRIT y RPBI del INSP (<https://www.insp.mx/comite-bioseguridad/manual-bioseguridad.html>).

Así mismo tenga presente que debe mantener vigente la acreditación del responsable de bioseguridad, en caso de que esté vencida o próxima a vencer, puede actualizar en el sitio <https://about.citi-program.org/en/course/initial-biosafety-training/>.

Atentamente,

Dra. Antonia Herrera Ortiz
Presidenta del Comité
de Bioseguridad-INSP

Presidenta e-mail: aherrera@insp.mx
Secretaría Técnica: gservicio@insp.mx

Avenida Universidad 655
Carretera Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatitlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
cel: (777) 329 3000

www.insp.mx



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



FACULTAD DE MEDICINA
Comité de Ética en Investigación

CEI-F006/2019

Cuernavaca, Morelos, a 09 de junio del 2020.
No. De oficio: FM/CEI/008/2020.

ASUNTO: RESPUESTA A LA SOLICITUD DEL PROTOCOLO
CON NÚMERO DE REGISTRO: CEI/005/2020

DRA. LUZ MARÍA GONZALEZ ROBLEDO
Presente.

Relativo al protocolo de investigación enviado por Usted con fecha 14 de marzo del año 2020 con NÚMERO DE REGISTRO CEI/005/2020 intitulado **COMUNIDADES INDÍGENAS, CULTURA LOCAL Y SALUD MENTAL EN POBLACIONES ADOLESCENTES MEXICANAS Y CANADIENSES: ANÁLISIS DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA**, me permito informarle que los miembros de este Comité, después de verificar que cumplió con las recomendaciones observadas, han acordado que el dictamen es:

APROBADO

Por lo que se le solicita atender las siguientes observaciones:

- Que incluya la intención de publicar y difundir los resultados
- En la carta de consentimiento sería deseable que al final a la hora de firmar se exprese el resumen del entendimiento del participante
- La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de la misma.
- En caso de que su estudio requiera mayor tiempo de vigencia, deberá presentar la solicitud de renovación con al menos dos meses previos a la fecha antes señalada. Es responsabilidad del investigador principal del proyecto solicitar la renovación.
- Para obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio, deberá utilizar el documento sellado por este comité adjunto al presente.
- Cualquier cambio o actualización en los procedimientos de este estudio, deberá ser enviado a este comité con suficiente tiempo previo a su implementación para someterlos a la evaluación correspondiente.

Sin más por el momento, le envío saludos cordiales

Por una humanidad culta
Una universidad de excelencia

DR. PEDRO FEDERICO GAYTAN CALLES
PRESIDENTE

Comité de Ética en Investigación
Registro CONBIOÉTICA-17-CEI-003-20181112



COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN

Anexo 2. Guía de Entrevista Semi-estructurada

“Cuidarme para cuidar: Representaciones sociales de autocuidado en médicos de centros de salud rurales. El caso de CES Chipas”

Presentación: Me llamo Silvana de Regil Herrera, y soy estudiante del Doctorado de la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla de la UAEM. Actualmente estamos desarrollando un estudio sobre cuidado y autocuidado en médicos. Nos interesaría tener una entrevista con usted con el propósito de conocer su experiencia en relación a sus experiencias y conocimientos del tema en el ejercicio de su labor médica.

A continuación le daremos un documento (consentimiento informado (Anexo 3) para su revisión y firma. Posteriormente le hare una preguntas y únicamente requerimos que hable abiertamente sobre lo que sienta es la

Registro (Datos para añadir al diario de campo y grabación)

0.1. Nombre del Entrevistado

0.2. Lugar de la entrevista

0.3. Fecha de realización de la entrevista

0.4. Tiempo aproximado de la duración de la entrevista

1. Aspectos sociodemográficos

Datos Sociodemográficos

- Edad, lugar de nacimiento
- Lugar
- Servicio de Salud
- Especialización en Medicina hegemónica, tradicional o complementaria
- Universidad de estudios (Entidad federativa)
- Nivel de estudios (especificar semestre y especialidad)
- Especialidad de interés
- ¿Pertenece a algún grupo étnico?
- ¿Tiene hijos o hijas
- ¿Tiene pareja?
- ¿Con quién vive?

- ¿Usted es el encargado de su solvencia económica o depende de alguien? ¿Alguien depende de usted?

2. Conocimientos acerca del autocuidado, el cuidado de sí y del cuidado de los demás. Conocimientos sobre el cuidado en la labor médica

- Cuéntame ¿cómo es un día común de trabajo, desde que te despiertas?
- ¿Qué cosas aprendiste en tu casa, con tu familia para cuidar tu salud física, mental y social?
- ¿Qué cosas aprendiste en la escuela y en la universidad que te sirvieron para mejorar el cuidado de ti mismo?
- ¿Qué características consideras que debe tener una actividad para que te genere bienestar?
- Indagar conocimientos sobre alimentación y nutrición
- Indagar conocimientos sobre el descanso, el sueño, pasatiempos y ocio
- Indagar conocimientos sobre consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas
- Para ti ¿qué es cuidar de los demás?
- Qué tipo de conocimientos y entrenamiento recibiste en la escuela de medicina para cuidar de los demás

3. Acciones para el autocuidado (recreación, descanso, alimentación, ejercicio, salud mental, etc.) y el cuidado de los demás

- ¿Qué cosas/ actividades en tu vida personal realizas que te producen bienestar físico, mental y social?
- ¿Cómo logras obtener las cosas que te dan bienestar personal en el día a día?
- ¿Qué cosas/ actividades en tu vida profesional te dan bienestar?
- ¿Cómo logras obtener el bienestar profesional en el día a día?
- ¿Cómo cuidas tu salud en general? (indagar por alimentación, ejercicio, pasatiempos, etc)
- ¿Cómo cuidas tu salud mental?
- ¿Qué actividades haces para cuidar de los demás?
- Como médico ¿Qué haces para cuidar de tus pacientes?
- ¿Consideras que en el ejercicio de tu profesión cuidas de tus pacientes? ¿cómo lo haces? ¿Por qué lo haces? ¿Crees que te corresponde cuidarles? ¿Cómo sabes que estás cuidándolos?

- Si un compañero comenta que necesita un espacio para sí (para descansar, comer, llamar a alguien) durante una guardia ¿tú qué opinas? ¿tú también pides espacios para ti? ¿en qué casos?
- Cuando tienes un día (etapa) muy difícil, ¿qué haces para sentirte mejor?
- Emocionalmente, ¿cómo sientes que te fortaleces? ¿cada cuando buscas espacios para fortalecerte emocionalmente? ¿en qué casos sientes que es necesario fortalecerte?
- ¿Qué cosas crees que hacen que te descuides/desgastes en tu vida y como médico? ¿Crees que hay alguna influencia en tu labor médica cuando te sientes descuidado?
- ¿Qué te viene a la cabeza cuando piensas en cuidar de sí? ¿Qué entiendes por autocuidado?

4. Creencias y valores sobre el autocuidado en la vida cotidiana y profesional en el enfrentamiento a situaciones difíciles (redes de apoyo, prevención, adicciones, medicalización, etc.)

- ¿Qué normas o costumbres había en tu casa, en tu familia, para promover el cuidado individual y familiar? (para cuidar la salud física, mental y social)
- Si tienes un día difícil (exceso de consulta, paciente complicado, etc.) y tú sientes hambre, sueño, tristeza o algún malestar, ¿cómo lo resuelves? ¿Por qué? ¿Cómo te sientes por estar en esa situación?
- Si el paciente de un compañero tuyo muere mientras tu compañero está comiendo o descansando, ¿tú qué opinas al respecto? ¿qué le dirían los demás médicos y personal de salud?
- Y si el paciente es tuyo y muere o se complica mientras tú estabas en tu horario de comida, de descanso o fuera de tu guardia ¿Qué piensas sobre esa situación? ¿Qué te dicen tus compañeros? ¿Cómo médico qué debías hacer?
- ¿Cómo se puede identificar cuando un médico está tomando un espacio para sí por falta de compromiso con sus pacientes y cuando lo está tomando porque lo necesita?

5. Relación del autocuidado con la capacidad para cuidar en la labor médica

- ¿Cómo crees que tu formación universitaria haya influido en estas opiniones? En tu formación médica ¿en algún momento se abrieron espacios de reflexión sobre la importancia de cuidarte y cuidar a otros con tus profesores, compañeros o durante tu trabajo? ¿Qué se reflexiona al respecto?

- ¿Qué crees que podrías hacer para mejorar como médico? ¿Sientes que cuidar de ti, te hace mejor médico?

Cierre

- Agradecimiento
- Llenado de información del diario de campo (anexo 4). Sobre la entrevista profundizar en participación, información y experiencia del entrevistada sobre los temas tocados en la entrevista; interacción a través de la plataforma digital, disponibilidad para brindar información; puntos relevantes de la entrevista; aspectos difíciles de explorar o profundizar, temas relacionados entre entrevistadas, otros.

Anexo 3. Consentimiento informado

Estimado(a) médico(a) colaborador(a):

Como doctorante del programa de posgrado en Ciencias Sociales de la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla de la Universidad Autónoma de Morelos, deseo conocer sus opiniones y actitudes frente a la vida, sus rutinas para cuidarse y sus motivaciones para ello, para tratar de comprender lo que significa para usted el cuidar de otros de sí. Se espera que los hallazgos de la investigación contribuyan a la conocer y acompañar de mejor forma la labor de los médicos en la organización de Compañeros en Salud A.C en el Estado de Chiapas.

Para participar en el proceso investigativo es necesario disponer por lo menos de dos horas para llevar a cabo la entrevista y le solicitamos hablar abiertamente sobre los temas tratados con la confianza de que toda la información recaudada será utilizada únicamente para fines educativos y de investigación manteniendo en confidencialidad su nombre y datos que pudieran resultar sensibles con fundamento en lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales.

Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través de los procedimientos que hemos implementado. Así mismo, usted es libre de retirarse de la investigación en el momento en que lo estime conveniente, su participación es voluntaria, sin remuneración y si tuviera alguna duda o requiriera alguna aclaración por favor háganosla saber en cualquier momento.

Esperamos contar con su apoyo y de antemano agradezco sus atenciones.

Cordialmente,

Silvana de Regil Herrera

DESEO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN SÍ ___ NO ___

En caso de decir participar favor de compartirnos la siguiente información:

Nombre: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Firma _____

Anexo 4. Diario de Campo

DIARIO DE CAMPO	
Nombre	Fecha
Actividades realizadas	
Contexto	
Interacciones relevantes	
Posibles hallazgos	
Sensaciones y emociones personales sobre la experiencia vivida	
Observaciones	



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

FESC Facultad de
Estudios
Superiores de
UAEM Cuautla

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES DE CUAUTLA
Secretaría de Investigación
Doctorado en Ciencias Sociales

FECHA DE SOLICITUD

Día	Mes	Año
09	Abril	2024

FORMATO DE VOTOS APROBATORIOS DE TESIS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE(S)	MATRÍCULA
DE REGIL	HERRERA	SILVANA	10025669
PROGRAMA		DOCTORADO	

Los integrantes de la Comisión Revisora del trabajo de tesis de Doctorado, intitulado: "**CUIDARME PARA CUIDAR: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN MÉDICOS DE CENTROS DE SALUD RURALES. EL CASO DE CES CHIAPAS**" que presenta **Silvana de Regil Herrera**, estudiante del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Estudios Superiores de Cuautla, han determinado otorgar **los votos aprobatorios** para sustentar su tesis en el examen de grado.

LA COMISIÓN REVISORA

DRA. LUZ MARÍA GONZÁLEZ ROBLEDO

DIRECTORA DE TESIS

FIRMA

DRA. DUBRAVKA MINDEK JAGIC

REVISORA DE TESIS

FIRMA

DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ

REVISORA DE TESIS

FIRMA

DRA. KAREN RAMÍREZ GONZÁLEZ

LECTORA DE TESIS

FIRMA

DR. EMMANUEL POBLETE TRUJILLO

LECTOR DE TESIS

FIRMA

DRA. MARÍA CECILIA GONZÁLEZ ROBLEDO

LECTORA DE TESIS

FIRMA

DRA. XÓCHITL YOLANDA CASTAÑEDA BERNAL

LECTORA DE TESIS

FIRMA



Carr. Fed. México - Oaxaca No. 218 Col. Plan de Ayala, Cuautla Morelos, México, 62743.
Tel. (777) 329 7000, Ext. 2164 / fesc.doctorado@uaem.mx

UAEM
RECTORÍA
2023-2029



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Se expide el presente documento firmado electrónicamente de conformidad con el ACUERDO GENERAL PARA LA CONTINUIDAD DEL FUNCIONAMIENTO DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA PROVOCADA POR EL VIRUS SARS-COV2 (COVID-19) emitido el 27 de abril del 2020.

El presente documento cuenta con la firma electrónica UAEM del funcionario universitario competente, amparada por un certificado vigente a la fecha de su elaboración y es válido de conformidad con los LINEAMIENTOS EN MATERIA DE FIRMA ELECTRÓNICA PARA LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE MORELOS emitidos el 13 de noviembre del 2019 mediante circular No. 32.

Sello electrónico

KAREN RAMIREZ GONZALEZ | Fecha:2024-04-09 13:04:54 | Firmante
KfCuky8Ud6l3Erq2mylmV2NnNqM6EblCwhlRFy+XlrfXfK7re0zoZJwwuAwPILQ+c1PzPlNmsa7OG+FP9y0PSnv1Nwgea4A2XGStRvzICv2cR+GFwmlh9E9dhwE5WAPYm75
kfbvG6sbSINHh/sqVQcThH5MEYgQ9o+ZPb/5KSA6pXemzOy0TAnX3DTaEzhbODZjyrfqfXM3zblJJSn0oUvuogckrqwW+yHeVyYXKlWS4AsjlnbxDtS77RyKCR0UvWm83xtmN
wb93lghx8sQP3/EKZzuoDdBoA4Q8N24ZMYBqdy/itCjD3AdkVf/C/RQ2WqpbU0MvklAwFkQ==

XÓCHITL YOLANDA CASTAÑEDA BERNAL | Fecha:2024-04-09 19:55:21 | Firmante
kpknmW0zgZT/nVJaQlhZbEMDlv7Q372DsDpRquC+f6+pplka+RRLHk1jHAMpQ60Ysc4TSE+S8YqU2GSQcAEddYz5qclOoX4IR1cj6q1R5gVXEsr8D8f/keoSBEbXUNOLCJz
ko2UV1u3kgAztH8q6/lzrJEQAdL1DcC6J8ds7TUFWfJzBbTRhYRf0ancrxv5yaCWueRZYv85FLW-HU2giQCpxXr8iCM6DbI+PdLe8TUovCgRRBkxZkmVDExl7ersYBltv8iOKynJI
REICy475xAG9ANrA7SUsj2uqDGsgUggtM/kwVpa2eEJcvDkBBu8JNcWW3hpoBAvCtgQ==

DENI STINCKER GOMEZ | Fecha:2024-04-15 20:48:09 | Firmante
rPgGxkqJG8TC6ibX6vCuYRG91FqxtjDIA0TOsY3ZFSKvm/p3atcKEJd+UxxbM6oHMwv5y9z4xg7CkhBkTaj06ZvCDdax85AwybZNI3asCn9ivzWlPTKG6d/wAreYbjMLiOkoPBR
8VsMQxtl7ndW7MkY1mbDkqgVrsjnhGf08RNCw9+xcD/OvBfuVOjv9MM3T4w9atGNCHZ+iC5OPR5gFP3BxMZcePX3w61lckfoMfGqFJMEZ25qzqK/O84uY1DUOioXQKGF8P
ltdsVzblaUDSPtpcXyAahSykG1490Vory9Cw11XNWJ/aQbFpCkTrjQOKPADpdXW3bKujFw==

LUZ MARIA GONZALEZ ROBLEDO | Fecha:2024-04-15 22:35:25 | Firmante
Jb9t2eckzrb51QBUBJNod0hO2/k8a9C79aXbNLZsTepYm7e2n2vpiHkwAQ2MLslp5e/QtaB52zNlqZYOMo6NVOVZHnVnAbjtawWpr2XTUxi7u9SEnAdSDF/3xiVoWXLLeW09G9
HZRy7xtqEXUexkukvBt+BK+/BLo5HlIDFhrhoU4KPNgDURCAOvjSf8syehHW/GomfQJVLB0LwnPzOaCIK39Z8VYEF7HzP3JA/IEF0/5bc1fy057hpMx5tCKJJOIFP6eF2ENYN3Z8G
Qh9v2FTJMFZEZQSLFKTriCOgp4wqzY0gNl0y4JgjsPHgBpM0KlIb9xHCWWC1pY6w==

EMMANUEL POBLETE TRUJILLO | Fecha:2024-04-19 18:33:20 | FIRMANTE
h+KHGayGgo1nBp9+5SgtPGLAAhNnd9vpgvk9U7KltNAfq5g6T31wHdZ4xGmTH99bd6PoZGyNEBc5GSCR4ED6Wtx98PJSolUNBM7fmW0DxUDCrd+SuRZ/ZSnjplKwD4xXuWl
IFrY/UV8y+sB+vTTFec9wDPE1X3hwMQZeM1Vu9B/6ZKBj6Dk+Akv/BeDNGZJZf52Ct6g5dZ71p0tYeQeCkbfFq773F7bY4S2BWUgq6a7Y8SaPNX7mknwFj8TmK+JL1pkrvjtHe
1zTM03VgB4HwtGrtpMcXkBA281AxFEy+7lvd+/samBaxb43jeyqqkEhlc6TGrg1PoA==

MARÍA CECILIA GONZÁLEZ ROBLEDO | Fecha:2024-04-22 21:19:39 | FIRMANTE
AfkZwShoir2nGGCxe3LEplrep1F/DUN6LGT6BGSBlg7LjqsHFDGAQ31Mdv5A+5ms0l/rH1Kd8EbTzw1x53nav4dFvuCb9ZTexDTZsTv+C8Jb8tMX/efVB0iOglQK7dWUlh8g2Huau
KSh40KzyasLx/zpHudlSze0EWXgtblu9Gly1wAR7wZOC+9OSDvyf5naTQ/Tz0gKwOAh5U5rTafsfaa1FKhacLtkzwwEJUXJqj8Tnep96F8vB8rhOtefuxZE1XufpaQs/sUOY
2k6hLCo6J/s+EkcurhUvSgw3/DNu8wLrThhQ1W+v9hOzpsSLAqJ9COWZwaHutw==

DUBRAVKA MINDEK JAGIC | Fecha:2024-04-25 21:49:08 | FIRMANTE
roRn26ExvRnoXjCpztGM3rB3mSmdPyNweZw9AoZ0PjOEN6AQ7wWNQb6vRc/R4h095lIZbmvE0jCUsjVr33IGINDPe0yHzUDXJByQvlnZiD035KmesLPrOB8CV3rmdBFBXXgh
1UwNcf1q7GksOA1Slynl+JK1PquarbMjchWR3sO2BzhPjnyvfhdAgHfVDNRYQhTJ+7BMkBGHDcTk5sgnYzSxpWVWfZWRt3agysUsumCeMD64xkUhcIBSU/apr1yuGhFugCn
w6VgoemA95p1XhcEpy6gYpMr7ythEDBZDCs0oirgJNkywYE5E5ZIBUwXlMURC6Kof7zPOA==

Puede verificar la autenticidad del documento en la siguiente dirección electrónica o
escaneando el código QR ingresando la siguiente clave:



mcb9eJ6RI

<https://efirma.uaem.mx/noRepudio/7twEsOrtiQf03SEN6Z2MAp7Ahve8mR2>



UAEM
RECTORÍA
2023-2029