Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente

Reconocimiento de validez oficial de estudios de nivel superior según acuerdo secretarial 15018, publicado en el Diario Oficial de la Federación del 29 de noviembre de 1976.

Departamento de Psicología, Educación y Salud

Maestría en Educación y Convivencia

MODELO CONVIVENCIAL 4C PARA DESARROLLAR LA ÉTICA DEL CUIDADO EN MÉDICOS RESIDENTES DE NEUMOLOGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

TOG que para obtener el **GRADO** de

MAESTRO EN EDUCACIÓN Y CONVIVENCIA

Presenta: **DANIEL HERNÁNDEZ GORDILLO**

Asesor **DRA. OLIVIA GUADALUPE PENILLA NÚÑEZ**

Tlaquepaque, Jalisco. Agosto de 2023

Contenido

Resumen 4
Introducción 5
La educación del médico residente, sus problemas y la ética del cuidado como posible estrategia de mejora. 9
El residente y la sede hospitalaria 9
Algunos problemas del médico residente 10
Largas jornadas de trabajo 10
Abuso, acoso y violencia en médicos residentes 11
La deprivación crónica de sueño 14
Ansiedad, depresión y *burnout* o agotamiento profesional 15
Estrategias para mejorar la jornada laboral, el agotamiento y la violencia estructural en las residencias médicas. 18
Límites a las jornadas de trabajo 18
Estrategias contra la deprivación crónica de sueño 19
Agotamiento profesional 20
Acciones convivenciales 22
Ética del cuidado 23
Justificación 24
Pregunta de investigación: 26
Objetivo general: 26
Objetivos secundarios: 26
Marco Teórico 26
Convivencia 26
Cultura de paz 29
Ética del cuidado 32
Métodos, participantes y materiales 36
Enfoque metodológico 36
Consideraciones éticas 37
Participantes 38
Diagnóstico participativo. 42
Plan de acción 43
Implementación 46
Observación y evaluación del proceso. 46

Modelo convivencial 4C. 48
Reflexión de los resultados 51
Perspectivas 60
Reflexiones finales 62
Bibliografía 65
Anexos 69
(Anexo 1): Carta de aprobación comité de bioética 69
(anexo 2) Carta de consentimiento informado 70
(Anexo 3) Guía entrevista. 74
(Anexo 4) Cuestionario ética del cuidado 77
(Anexo 5). Carta de confidencialidad 80
Anexo 6. Planeación de sesiones 81
Sesión no. 1 etiquetas 81
Sesión no. 2 letra T 81
Sesión no. 3 estropajo – esponja 82
Sesión no. 4 sesión análisis de caso real 82
Sesión no. 5 cobija 83
Sesión no. 6 radar y submarinos 84
Sesión no. 7 Cualidades 85
Sesión no. 8 Gato y Ratón 85
Sesión no. 9 86

Resumen

La formación de especialistas se lleva a cabo durante el periodo conocido como residencia, durante la cual, el médico es además considerado un trabajador con actividades académico-administrativas. Algunos problemas comunes en diversas sedes son las largas jornadas de trabajo, ansiedad, depresión, agotamiento y abuso en distintas modalidades.

El objetivo del trabajo fue que a través de acciones convivenciales se fomente la ética del cuidado en médicos residentes.

El diseño del estudio fue investigación acción participativa, se invitó de manera voluntaria a los alumnos de neumología de segundo, tercero y cuarto año con sede en el Centro Médico Nacional de Occidente. El diagnóstico participativo identificó la falta de sueño, falta de tiempo, trastornos del estado de ánimo y falta de autocuidado como los problemas principales en la sede. Se diseñó un primer paquete de acciones convivenciales que tras su implementación y reflexión dieron como resultado la creación del modelo convivencial 4C: Comunicación, Confianza, Colaboración y Conflicto. En el análisis de las bitácoras, se observó un cambio gradual en las acciones y reflexiones de los residentes, de la desavenencia a la convivencia, del descuido al cuidado y de la violencia a la cultura de paz. La convivencia está asociada a la ética del cuidado y ambas llevan a interiorizar acciones para desenvolverse en una cultura de paz y provocan sentimientos positivos. El modelo convivencial 4C podría generalizarse a otros programas de residencia en nuestra sede y posteriormente a otras sedes, evaluando que el desempeño académico no se vea afectado por el cambio de paradigma de exigencia violenta a exigencia cuidadosa.

Palabras clave: Ética del cuidado, cultura de paz, convivencia, residencias médicas

Introducción

En este trabajo se propone un modelo de acciones convivenciales para fomentar la ética del cuidado en los médicos residentes y enfrentar algunos de los problemas que viven en su formación como son: las largas jornadas laborales, que están normadas por ley, y que llegan a ser hasta de 36 horas continuas, dos veces por semana; sus consecuencias son la deprivación crónica de sueño, los trastornos del estado de ánimo como el *burnout*, ansiedad y depresión; y finalmente, el abuso en sus distintas modalidades.

La ética del cuidado tiene como pilares el cuidado en sí, la responsabilidad, la solidaridad y la compasión, que se ven reflejados en el cuidado de uno mismo y de los otros, las relaciones ganar – ganar, la comensalidad y el saber conversar. Estas habilidades les serán útiles para la vida, por lo que este trabajo busca no sólo disminuir los efectos de la jornada laboral, mejorar los trastornos del estado de ánimo o disminuir el abuso, sino crear seres humanos con fuertes valores éticos que permita un cambio de paradigma en la enseñanza de la medicina en las residencias médicas, por lo que podría ser considerado un proceso de empoderamiento pacifista.

Aun cuando no hay trabajos previos que den evidencia que la ética del cuidado pueda ayudar a resolver estos problemas en el ámbito hospitalario, el aprender a cuidarnos no es una opción y debe extenderse más allá de la convivencia intrahospitalaria, por lo que el objetivo del presente trabajo es desarrollar la ética del cuidado en médicos residentes de neumología mediante acciones convivenciales.

El paradigma de esta investigación es cualitativo, el enfoque es el de investigación acción participativa y se llevó a cabo en uno de los hospitales más grandes del país, con residentes de neumología de segundo, tercer y cuarto año. El trabajo fue aprobado por el comité de ética local, previo a cualquier intervención, los residentes que voluntariamente aceptaron participar firmaron consentimiento informado. El trabajo tiene dos fases: la primera consta del diagnóstico participativo, construcción de los planes de acciones y generación del modelo de acciones

convivenciales definitivo, que al ser investigación acción se fue modificando durante la implementación. El trabajo de obtención de grado se ciñe a esta primera fase, atendiendo a los tiempos del programa de maestría.

Se contempla una segunda fase, para acompañar con el modelo todo el periodo de la residencia de una generación. En ella se compararán las entrevistas y cuestionarios de los residentes egresados en marzo 2022, con entrevistas y cuestionarios de residentes que han vivido el modelo durante dos años y que serán evaluados en marzo 2024. En este trabajo solo presentamos resultados de la primera fase.

El total de los residentes inscritos de segundo a cuarto año aceptaron participar. Con este grupo realizamos una primera sesión para conocer los problemas que experimentaron, ellos o sus compañeros, durante el último año de residencia, posterior a una lluvia de ideas se integraron en grupos para elegir los principales problemas o los que a ellos les parecía más urgente mejorar. De este diagnóstico participativo, se encontró que los trastornos del estado de ánimo, falta de sueño, falta de tiempo, falta de convivencia y falta de autocuidado eran los más urgentes. Una segunda sesión consistió en introducirlos a la ética del cuidado y reflexionar sobre como ésta podría mejorar algunos de los problemas identificados. A partir de las preferencias de los participantes, respecto al tipo de actividades, se realizaron acciones convivenciales para fomentar la ética del cuidado, lo que en sí mismo, ya trataba de mejorar la falta de convivencia externada en el diagnóstico participativo.

Los docentes investigadores diseñaron un primer bloque de cuatro acciones convivenciales, gracias a la evaluación continua del proceso, este diseño se mejoró hasta llegar al modelo convivencial 4C: Comunicación, Confianza, Colaboración y Conflicto.

Con este nuevo modelo se planearon las siguientes 4 sesiones y una sesión extra que llamamos integradora por la conclusión del ciclo escolar en febrero 2023.

Durante la implementación del plan de acción se notó un cambio gradual en las acciones y reflexiones de los participantes: mientras que en la primera sesión las menciones fueron sobre

descuido y desavenencia con escasas menciones a la cultura de paz o la convivencia y ninguna mención sobre ética del cuidado; durante las siguientes sesiones las menciones sobre cuidado, paz y convivencia fueron apareciendo, las acciones de cuidado y convivencia fueron notorias conforme pasaban las sesiones y se fortaleció la cultura de paz.

El análisis de la información destaca las menciones sobre ética del cuidado y el pilar más frecuente fue la compasión entendida como acompañamiento. La convivencia entendida como empatía, diálogo, interrelaciones igualitarias y alegría; estas últimas dos, asociadas y causales de cultura de paz y sentimientos positivos.

Por el contrario, cuando en las sesiones identificaban desavenencia, por falta de comunicación, falta de participación, libertad instrumental y violencia directa; la asociaron frecuentemente a descuido por seguir los patrones existentes o inercia, no escuchar, dominar y conquistar al otro, así como desigualdad entre compañeros. Cuando la desavenencia o el descuido ocurrían estaban asociados a sentimientos como culpa, miedo, enojo y tristeza.

El modelo teórico ligaba a la ética del cuidado con la cultura de paz y la convivencia; y en este análisis se puede ver que en la práctica, convivencia y ética del cuidado están asociados y son causantes de cultura de paz. Por otro lado, en el modelo teórico se colocaba a la violencia estructural, la desavenencia y el descuido en el otro extremo, y fue corroborado por las menciones en las sesiones, sin profundizar mucho en ello ya que siempre se trató de promover las paces, más que analizar la violencia o el descuido.

La segunda fase del trabajo comenzó en marzo 2023 con sesiones “rompe hielo” para integrar a los 9 residentes de segundo año que se integran y continuará con el mismo esquema de dos sesiones por mes con el modelo de convivencia 4C, hasta diciembre 2023, para realizar entrevistas y encuestas en enero – febrero 2024 y contrastarlas con las entrevistas y encuestas de los residentes que no estuvieron expuestos al modelo en años anteriores al 2022. Pese a que no se reportarán estos datos, dados los tiempos de la maestría, se considera importante dar a conocer cómo el modelo sigue ejecutándose.

Las perspectivas de este trabajo son generalizarlo a más programas de residencia, iniciando por programas dentro de la misma sede y posteriormente externos a la institución. Consideramos que el modelo tiene la flexibilidad para adaptarse a las necesidades de los problemas elegidos como prioritarios en los otros programas.

El análisis muestra que tanto los alumnos como los docentes cambiaron el paradigma de la violencia, el abuso y la dominación por el acompañamiento empático de cuidado. Consideramos que, aunque existe el riesgo que se considere por parte de algún alumno un ambiente más propicio a tolerar la irresponsabilidad; en el desarrollo de las sesiones, también se trabajó la responsabilidad. Aunque aún falta implementar el modelo y analizar sus resultados con algunas generaciones más, por ahora podemos afirmar que el desempeño académico no se ha visto afectado.

La educación del médico residente, sus problemas y la ética del cuidado como posible estrategia de mejora.

El residente y la sede hospitalaria

Un médico residente es un profesional titulado de medicina general con cédula profesional y por tanto legalmente autorizado para ejercer la medicina general privada o pública en México. Para ser residentes presentan un examen de selección que se lleva a cabo de manera anual, los mejores promedios son aceptados para realizar una especialidad, después de esto, el médico compite nuevamente, ahora por un lugar en alguna sede hospitalaria, es decir el hospital en el que pasará sus años de entrenamiento. Un hospital, para ser sede, debe cumplir con la infraestructura, equipamiento y profesores necesarios para que el médico residente pueda desarrollar la totalidad o la mayor parte del programa. Además del contrato como estudiante, el médico residente es también un trabajador sujeto al reglamento de la institución, en este sentido tiene prestaciones y obligaciones contemplados en su contrato como trabajador con actividades administrativo – académicas. Cada sede hospitalaria tiene un programa académico avalado por una institución de educación superior, por lo que el médico residente es un estudiante inscrito a una universidad que, al cumplir los créditos de su programa y trabajo terminal, extiende el título de especialista. Entonces el médico residente tiene un triple contrato, uno de estudiante con la institución de salud a la que ingresa, uno como estudiante a la universidad que avala sus estudios, y uno como trabajador en la institución de salud. Cada uno le exigirá cumplir con obligaciones para graduarse (NOM-001-SSA3, 2012; Zamudio-Villarreal, 2011).

Algunos problemas del médico residente

Largas jornadas de trabajo

La enseñanza hospitalaria de la medicina, posterior a titularse de médico cirujano general, tiene antecedentes en Inglaterra bajo el esquema tutelar con una estrategia de participación legítima periférica como los artesanos de la época. En México, posterior a la creación del Hospital General de México (1905), se inician, aunque en forma irregular y sin aval universitario, programas de internado y entrenamiento hospitalario. Fue hasta 1942 en que se inauguró y continuó de manera regular la primera residencia en el Hospital General de México, al igual que en otras partes del mundo, los residentes vivían en el hospital por uno o dos años (Quijano-Pitman, 1999). En 1960 en México se constituye la primer residencia médica con aval universitario y se suma a las exigencias educativas y laborales de la institución de salud, cuatro años más tarde hubo un movimiento médico ya que en general el trato era el mismo: malos sueldos, malas condiciones de trabajo, falta de enseñanza; como resultado la Ley Federal del Trabajo de 1970 reconoce a los residentes como trabajadores especiales con actividades académico – administrativas y con esto se consolida el modelo para la formación de médicos especialistas con participación legítima periférica. En dicha ley la duración de la jornada laboral semanal es de 48 horas, sin embargo, al ser contemplados como trabajadores especiales el límite semanal es de 80 horas, pudiendo acumular hasta 36 horas continuas máximo dos veces por semana(NOM-001-SSA3, 2012).

Para explorar las causas de la falta de cuidado en médicos residentes por la carga de trabajo, en nuestra región noroccidente Acosta-Fernández (2017) analizó bajo el método fenomenológico las vivencias y experiencias de 13 residentes de primer año, de hospitales en Guadalajara y León. Los cuestionamientos realizados a los entrevistados fueron: ¿cómo es un día habitual de trabajo? ¿Qué piensas del tipo y calidad de relación con tus superiores y

compañeros? ¿Has tenido alguna afectación en tu bienestar o tu salud? El muestreo se realizó con la estrategia bola de nieve, se entrevistaron a 4 y ellos proponían a alguien más, se realizaron entrevistas a profundidad y la recolección de datos se finalizó por saturación, se diseñó un árbol de categorías en torno a 3 temáticas: jornada de trabajo, relaciones de trabajo y bienestar y salud. En la dimensión jornada de trabajo referían realización de guardias ordinarias o extraordinarias, sobrecarga de trabajo, falta de apoyo de sus superiores, ausencia de realimentación. En la dimensión de relaciones de trabajo predominaron las relaciones sociales impositivas, ambiguas, amenazantes, humillantes y de poder. En la dimensión de bienestar y salud encontraron distanciamiento familiar, disminución del contacto, mayor en estudiantes foráneos y en 5 de ellos sufrieron rupturas en relaciones de noviazgo. También se obtuvieron narraciones de satisfacción y crecimiento personal durante su formación de especialistas.

Abuso, acoso y violencia en médicos residentes

La definición de abuso según la Real Academia Española (RAE, 2021a) es “hacer uso excesivo, injusto o indebido de algo o de alguien”. Otra definición es “hacer objeto de trato deshonesto a una persona de menor experiencia, fuerza o poder” y también define abuso de autoridad como el “abuso que comete un superior que se excede en el ejercicio de sus atribuciones”. El acoso lo define como “perseguir, sin darle tregua ni reposo, a un animal o a una persona”, “apremiar de forma insistente a alguien con molestias o requerimientos” (RAE, 2021b). Aunque pueden usarse como sinónimos este último es de forma reiterada, sin tregua e insistente.

El tema de abuso en estudiantes de medicina comenzó a estar en el debate público a partir de un comentario publicado por Silver (1982) recuerda una sesión de orientación en la facultad de medicina en la que observaba a un grupo de nuevos estudiantes, quienes lucían alegres, entusiastas y se entristeció pensando como en unos años muchos sufrirían una transformación, algunos serían cínicos, otros se encontrarán abatidos, varios deprimidos,

ansiosos o frustrados y no pudo dejar de pensar en los niños que se dan a hogares de acogida y que después de unos meses se convierte en un niño deprimido y frustrado, sabiendo que esto puede ocurrir se sintió con la obligación de informar a los padres adoptivos que ellos pueden causar esos daños y se pregunta ¿es posible que la enseñanza de la medicina sea un lugar donde se abusa de los estudiantes? Para responder esa pregunta, encuestó a médicos que voluntariamente aceptaron participar en el estudio, entrevisto a 50 estudiantes de medicina de la Universidad de Colorado y a un grupo de decanos que habían estado involucrados en la enseñanza de médicos residentes, de este grupo respondieron 18 y 16 dijo que no existía abuso en estudiantes de medicina. En el grupo de estudiantes, en resumen, la respuesta fue no hay duda el abuso ocurre, el 97% de ellos expreso haber sufrido abuso como estudiante de medicina. En los que ya estaban en actividad clínica, todos habían sufrido algún grado de abuso por residentes o profesores, fuera del hospital solo uno de 25 consideraba había sido víctima de abuso(Rosenberg, 1984).

Con estos resultados, Silver en 1990 elaboró un cuestionario para explorar más a fondo el tema del abuso. Incluía preguntas como ¿Cuándo ocurrió? ¿Con qué frecuencia? ¿De quién sufría el abuso? ¿Qué tan importante lo considera? ¿Cuánto tiempo le afectó el abuso?; y dejaba libre sin querían compartir una experiencia del mayor incidente que sufrieron Silver (1990) Envió el cuestionario a 519 estudiantes de especialidad y recabó el 83% de los cuestionarios, el rango de edad fue de 20 a 40 años, no encontró diferencia por género, el 17% de los alumnos de primer año respondieron haber sufrido abuso, el 33% de segundo año habían sufrido abuso y el mayor porcentaje fue para internos y residentes con 67 y 80% respectivamente, la frecuencia fue de 2 a 5 veces en el 14% y una frecuencia de una vez al mes o más en 16.2%, el abuso fue de parte del personal 71% y profesores 72%. El tiempo que se sintieron afectados por el episodio de abuso fue un día en el 30%, El 19.4% se sintió afectado por una semana y el 49.6% por un mes o más tiempo. Finalmente categoriza el abuso en cinco tipos: verbal, físico, académico, sexual y discriminación de género. Los dos más frecuentes fueron el abuso verbal y el abuso institucional

académico. En relación con las medidas para la prevención del abuso, destaca que unos pocos estudiantes consideraron que no había necesidad de tales medidas porque el sistema estaba funcionando bien.

En México Herrera-Silva (2006) llevó a cabo un estudio en dos sedes hospitalarias, una al sur del estado de Sonora y en la ciudad de Hermosillo, Sonora. Utilizó el instrumento “Abuso en los cursos de especialización médica” (ABEM), construido y validado por los autores y 8 expertos. Este instrumento de 89 enunciados se aplicó a la población de estudio que fueron 45 médicos residentes, 24 (53%) eran mujeres y la edad promedio fue 27 años, la prevalencia de violencia fue de 93% sin diferencia entre sedes hospitalarias, de manera global se encontraron 5 446 episodios de violencia, predominando las de tipo físico 34%, psicológico 34% y verbal 29%. Los episodios de violencia se dan mayormente en situaciones de actividad académica, entre residentes y no hay diferencia en horario, sea normal o durante la guardia.

Otro estudio en México (Sepúlveda-Vildósola, 2017), se llevó a cabo la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, del Centro Médico Nacional Siglo XXI, en el que se incluyeron 137 residentes de pediatría, con edad promedio de 29 años, predominando las mujeres (70%). El 46% manifestó haber sufrido acoso durante su residencia, 32% en más de una ocasión, como en los estudios anteriores los principales tipos de acoso fueron abuso verbal, académico, discriminación y abuso físico. El abuso fue por parte de los profesores 24%, seguido de los residentes de mayor jerarquía 21% y el personal médico femenino 13.7%, también aquí se documenta el abuso por parte de familiares de pacientes en 3%. Los alumnos perciben que las causas del abuso son las jerarquías y que es propio de los “usos y costumbres en medicina”.

Al haberse normalizado el abuso, algunos estudiantes lo ven como algo natural, como algo que debes sufrir para avanzar en la jerarquía y se justifica por la gran responsabilidad que se tiene sobre la vida de otra persona, por lo que no se tolera ningún error, aceptan el castigo y cuando cambian de año olvidan lo sufrido en su primer año y se convencen de que la violencia es una estrategia útil en la formación como especialista (Mejía, 2005).

La deprivación crónica de sueño

Con todo el tiempo que debe dedicar al hospital y sus tareas académicas en casa, el médico residente sacrifica tiempo para el cuidado personal. Un adulto joven necesita al menos 35 ciclos de sueño por semana para considerar que su tiempo total de sueño es saludable, para que se complete un ciclo de sueño, se requieren al menos 90 min de sueño continuo (Markov & Goldman, 2006), por lo que para completar 35 ciclos de sueño se necesitan al menos 52.5 horas por semana, que sumadas a las 80 horas semanales de trabajo hospitalario, le dejan 36 horas libres a la semana, en este tiempo que son poco más de 5 horas al día, tiene que ser capaz de organizar el resto de sus actividades como trasladarse de un lugar a otro, alimentarse, arreglo personal, actividades de recreación y socialización y estudiar los temas de la especialidad, lo que habitualmente ocurre es que, los médicos residentes sacrifican tiempo de sueño y actividades de esparcimiento, recreación y socialización.

El *Intern Health Study* es una cohorte de estudio de graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan que permanecieron en Michigan para la residencia. De esta cohorte fueron invitados a participar para comprender como la residencia afecta el sueño, la actividad física y el estado de ánimo y las relaciones entre estas variables. Incluyeron a 33 sujetos, 16 mujeres con edad promedio de 27+- 2.6 años, en quienes recopilaron datos desde 2 meses antes del inicio de su pasantía y hasta 6 meses después del inicio, se midió la duración del sueño mediante un acelerómetro (*Fitbit One o Fitbit Charge*), la actividad física diaria en pasos totales mediante el mismo dispositivo y el estado de ánimo mediante el sistema de seguimiento 247.com que manda un mensaje preguntando en una escala del 1 (bajo) al 10 (alto) ¿cuál fue su estado de ánimo en promedio? Y encontraron que las calificaciones diarias del estado de ánimo disminuyeron en un 7.5% y la actividad física disminuyó un 11.5% ambas de forma significativa y perdieron en promedio 2 horas y 48 min de sueño por semana. Las

relaciones que pudieron documentar fueron que tenían mejor estado de ánimo cuando dormían más y los días eran físicamente más activos y al contrario, un tiempo de sueño más corto se relacionaba con un estado de ánimo negativo(Kalmbach, 2018).

Para conocer los efectos de la deprivación de sueño Baldwin (2004) condujo un estudio en el que envió una encuesta a 5616 residentes y obtuvo una tasa de respuesta del 64.2% (3604), y encontró que en residentes que duermen menos de 5 horas por noche reportaron más lesiones o accidentes graves, conflictos con otros profesionales, uso de alcohol o fármacos promotores de vigilia, aumento de peso y trabajar en una condición deteriorada.

Ansiedad, depresión y *burnout* o agotamiento profesional

Según cifras de la OMS (2021) se estima que en todo el mundo el 5% de los adultos padece depresión. La prevalencia de ansiedad se estima a nivel internacional en 16%(Kessler, 2005). En México la prevalencia de depresión es de 2.5% para hombres y 5.8% para mujeres y de ansiedad es de 8.1% (Belló, 2005) y en médicos las prevalencias de depresión y ansiedad son muy superiores. Saldaña (2014) estudió 119 médicos residentes, con el objetivo de analizar la prevalencia de depresión, el instrumento de medición fue el cuestionario SRQ de 30 preguntas, fueron médicos de primero, segundo, tercero y cuarto año. 52% de las mujeres obtuvo una prevalencia de 7.5% con probables casos de episodio depresivo grave y 27% con episodio depresivo moderado. El primer año y el segundo año son los más altos de episodios depresivos graves. Esto coincide con ser los años con mayor carga laboral y abuso.

Los reportes en unidades médicas de alta especialidad del IMSS van de 25% a 79% para depresión y de 39% a 70% para ansiedad con mayor prevalencia en grados inferiores. Para conocer los síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio Jiménez-López (2015) aplicó el inventario de depresión de Beck, el inventario de ansiedad rasgo-estado y la escala de riesgo suicida de Plutchick a residentes de segundo año del Hospital de Especialidades del Centro

Médico la Raza, al iniciar el ciclo escolar a la mitad del ciclo y al terminar su segundo año. Se estudiaron a 108 residentes, 35% eran mujeres, el promedio de edad fue de 26 años. En la medición basal los síntomas de depresión estuvieron ausentes en el 96.3% y bajo a 70% en la medición intermedia. Los síntomas de ansiedad al inicio del ciclo escolar estuvieron presentes en 3.7% y subió a 19.4% en la medición intermedia. Los síntomas de riesgo de suicidio al inicio fueron de 2% y en la medición intermedia de 7.4%. Esta transformación es la referida por Silver (1982) donde a similitud del niño que sufre maltrato, el residente sufre una transformación y se convierte en un personaje cínico, depresivo, ansioso y frustrado.

El síndrome de b*urnout* acuñado por el psicoanalista Freudenberger (1974) designaba el colapso físico y psicológico de trabajadores voluntarios, en esta década las víctimas de agotamiento eran personas que no lograron alcanzar sus metas altruistas por ser muy elevadas.

Actualmente el agotamiento se debe en gran parte a la presión para cumplir con requisitos cada vez mayores, a la competencia para ser mejor que el otro o al impulso por ganar más. El instrumento más usado es el Inventario de Burnout de Maslach (*Maslach Burnout Inventory* o MBI) (Maslach, 1997) que evalúa tres escalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. En cuanto al tratamiento, se concentran en tres factores frecuentemente trabajados de forma individual: alivio de los factores estresantes (por ejemplo, los conflictos entre pares), recuperación a través de la relajación y el deporte y abandono de ideas externas de perfección.

Para estimar el *burnout* entre las distintas especialidades, Rodrigues (2018) realizó una revisión sistemática con metaanálisis encontrando 3 575 estudios e incluyendo en el análisis final 26 artículos que correspondían a un total de 4 664 médicos residentes. Las especialidades quirúrgicas fueron las de mayor prevalencia de *burnout* (40%), seguida de medicina interna y pediatría (30%) y otorrinolaringología y neurología (15%). La prevalencia global para todas las especialidades fue del 35% y dentro de los factores que identificaron se encontraron la privación del sueño, alta carga de trabajo, salarios insatisfactorios y asumir muchas responsabilidades en

sus lugares de trabajo, como hemos mencionado su triple papel de trabajador, estudiante, docente.

En México Terrones-Rodríguez (2016) aplicó el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) a 116 residentes de diversas especialidades, el 43% fueron mujeres y la prevalencia general de *burnout* fue de 89% con un IC95% 82 a 94%. Un 42% presentó afectación en una sola categoría, 35% en dos y 6% afectación en las tres categorías. La población más afectada fueron los residentes de segundo y tercer año. El autor considera importante fomentar la realización de actividades deportivas, permitir espacios de recreación y convivencia familiar y con amigos, promover relaciones interpersonales, resaltando la solidaridad y el apoyo entre pares para hacer menos pesados los horarios poco flexibles que se manejan en la residencia.

En los últimos dos años nos hemos enfrentado a la emergencia por SARS-CoV2 que agudiza más el agotamiento o *burnout*. En 2009 durante la contingencia sanitaria por Influenza AH1N1 se exploró el agotamiento entre médicos residentes de especialidades relacionadas con la medicina respiratoria (Austria-Corrales, 2011) a quienes se les aplicó el MBI versión validada en español. Entre los residentes de neumología 23% de los residentes de primer año y 52% de los de segundo año se identificaron con agotamiento; y por especialidad, el mayor porcentaje fue en neumología 49%, 15% para cirugía cardiotorácica, 13% para otorrinolaringología. Dentro de los factores identificados para presentar b*urnout* fueron edad menor de 30 años, no ser residentes de la Ciudad de México, jornadas laborales mayores a 80 horas. Los autores consideran dos elementos para prevenir el síndrome de *burnout:* la primera reducir horas laborales por semana y la segunda es entrenamiento de competencias metamotivacionales al logro, realización personal y autocontrol del estrés.

Tanto autores internacionales como nacionales han caracterizado los múltiples problemas y las consecuencias que el médico residente enfrenta durante su formación, la presencia en mayor o menor medida en la mayoría de las sedes contribuye a la normalización de estas conductas consolidando un ambiente de violencia cultural que requiere de cambios en

esas conductas aprendidas y en contraste con los estudios sobre los problemas del medico residente, los estudios que plantean soluciones son escasos.

Estrategias para mejorar la jornada laboral, el agotamiento y la violencia estructural en las residencias médicas.

Límites a las jornadas de trabajo

Para mitigar los efectos de las largas jornadas de trabajo, se han realizado cambios a la normativa institucional. En el procedimiento 2510-003-019 (IMSS, 2021), se especifica que las prácticas clínicas complementarias (guardias) se limitan a dos por semana, con intervalos de por lo menos tres días entre éstas, el promedio semanal de horas de servicio no podrá exceder las 80 horas y se prohíben las guardias de “castigo”, “de reflexión”, “voluntarias” o cualquiera que vulnere los derechos de los residentes. En el mismo procedimiento se señala que las actividades clínicas y académicas se planeen y efectúen entre las 7:00 y las 18:00 horas de los días hábiles. Estas medidas hacen que solo las semanas en las que tienen guardias en sábado o domingo se llegue a las 80 horas de servicio, lo que ocurre dos veces por mes, mientras las otras dos semanas tienen en promedio 70 horas de servicio.

Los efectos negativos de la reducción en la jornada laboral los exploró Schijven (2010) comparando un programa Holandés de 55 horas por semana, contra un programa de 84 horas por semana de Canadá, y encontró que estos últimos tenían mejor desempeño en habilidades en escenarios complejos y que la diferencia de 7000 horas o dos años podría ser un factor para un mejor desempeño, aunque no el único. En otros estudios se ha encontrado que el aprendizaje puede verse comprometido, que el tiempo de supervisión y el tiempo atendiendo pacientes disminuyen lo que podría disminuir el juicio clínico y las habilidades técnicas (Peets, 2012). Al reducir el tiempo de aprendizaje el desempeño en escenarios complejos podría comprometerse,

por lo que el límite de 80 horas semanales por ahora parece adecuado para no aumentar los años de formación con menos horas semanales, el reto es desarrollar estrategias para que el tiempo que pasan en el hospital sea en un ambiente libre de abuso, donde se construyan relaciones solidarias, de compañía afectuosa, y pacificas.

Estrategias contra la deprivación crónica de sueño

Para gestionar los riesgos relacionados a la fatiga y la somnolencia, consecuencia de la duración de los turnos de trabajo, la evidencia científica en los últimos años ha crecido y en 2021 la Academia Americana de Medicina del Dormir presentó un conjunto de principios, considerando la mejor evidencia científica (Gurubhagavatula, 2021), para ayudar a diseñar soluciones en los entornos de trabajo que abarcan las horas de la noche biológica, es decir el periodo de tiempo en que el núcleo supraquiasmático indica que es hora de dormir. Las intervenciones propuestas son maximizar la oportunidad de dormir todos los días, alinear el trabajo con el reloj biológico lo más posible, aumentar el tiempo de recuperación posterior a una guardia, realizar siestas por la mañana después de la guardia o antes del traslado a casa; tomando en cuenta que las siestas de 15 a 30 minutos pueden mejorar el nivel de alerta y el rendimiento, que una siesta mayor tendría efectos negativos como inercia de sueño por lo que no es recomendable y que el consumo de cafeína se puede tomar junto con la siesta. La higiene de sueño, así como la detección y el tratamiento de trastornos del dormir, el uso de promotores de vigilia, realizar actividad física, exposición a luz brillante en la noche para retrasar el reloj biológico y muy temprano para despertar y adelantar el reloj biológico, estas dos actividades se podrían combinar realizando actividad física al aire libre expuesto a la luz brillante, utilizar la tecnología para predecir fatiga y contar con políticas y prácticas que mitiguen los riesgos, como instrumentos estandarizados para la entrega de guardia.

Dentro de las intervenciones propuestas para disminuir los riesgos de la deprivación crónica de sueño se describe la exposición a la luz brillante. Un estudio en la Universidad de Monash, que incluyó a 16 adultos entre 18 y 35 años, quienes fueron instruidos a mantener su ritmo constante de sueño durante 9 días, aproximadamente 8 hrs. de tiempo en cama y al día 10 se les restringió a 5 horas el tiempo en cama, para evaluar los efectos de exponerse a luz brillante 1000 lux en comparación a luz tenue de menos de 5 lux, los sujetos después de dos noches de restricción de sueño fueron asignados a luz brillante vs luz tenue y se evaluó la somnolencia subjetiva mediante el test de somnolencia Karolinska (KDT) y el tiempo de reacción con la prueba de vigilancia psicomotora (PVT) el cual fue evaluado a cada hora. Los 8 sujetos expuestos a luz brillante tuvieron menor somnolencia subjetiva y mejores tiempos de reacción en la prueba PVT. Adicionalmente midieron melatonina salival y no se observaron cambios entre los dos grupos por lo que estos efectos son independientes de la supresión de melatonina. La mejoría en PVT aparecen casi inmediatamente al inicio de la exposición a luz brillante mientras que los cambios en el KDT comenzaron después de una hora de exposición a luz brillante (Phipps-Nelson, 2003).

Agotamiento profesional

Leiter (1999) y Maslach (2017) identificaron seis dominios relacionados con el agotamiento profesional. El primero es la carga de trabajo, lidiar con más demandas de las que puede manejar agrava el agotamiento y cuando no se logra terminar las tareas experimentan una gran frustración, si el trabajo se extiende a su vida personal es un agravante al restar tiempo para recuperar la energía agotada. La recompensa, aunque es variable y hay quienes pueden estar contentos con las recompensas propias de sus actividades laborales, otros están preocupados por recibirla de sus líderes y colegas. Baugh (2021) realizó un estudio que involucró a 60 profesores de la facultad de medicina de Harvard, primero les presentó seis dominios

involucrados en el agotamiento profesional, como son la carga de trabajo, recompensas, control, justicia, comunidad y valores, posterior a familiarizarse con estos dominios respondieron de forma individual como podrían mejorar cada uno y finalmente realizaron discusiones en pequeños grupos para priorizar las mejores ideas, las intervenciones para atenuar el agotamiento. Para mejorar el domino carga de trabajo consideran que debe reducirse la documentación y tener soporte administrativo. En el dominio recompensa las recomendaciones fueron aumentar el reconocimiento público de la excelencia por parte de la facultad. El dominio control se refiere a participar en las decisiones que afectan la vida laboral dándoles un sentido de agencia, en este dominio solicitaban facilitar y mejorar la rapidez para la consulta e ingreso hospitalario, así como crear un método para recibir comentarios de mejora de otros departamentos. En el dominio justicia, los médicos se sienten perturbados cuando reciben un trato injusto de los pacientes y un trato injusto excluye a las personas de ser considerados miembros de comunidad, consideran que mejorar el reconocimiento y compensación por el trabajo no clínico mejoraría este dominio. La comunidad se refiere a la calidad de las relaciones y las personas pueden renunciar al equipo cuando las relaciones entre colegas son tensas, en este dominio ellos proponen incrementar la frecuencia de eventos sociales y promover la socialización dentro de la institución y finalmente la congruencia de valores personales con los de la organización enlistan que deberían atenderse menos pacientes en pasillos y sillas de ruedas y aliviar el burnout de otras personas que colaboran con ellos.

Optimizando estos dominios e involucrar a los trabajadores en el proceso de mejora puede ayudar a disminuir el agotamiento. Al involucrar a los miembros del equipo se identifican los problemas que afectan con más frecuencia y se les pueden capacitar para que mejoren las experiencias de trabajo. Aunque las soluciones no han faltado, tienden a centrase en lo individual, dependen de la persona seguir estas recomendaciones y hacerlo en su tiempo, enfocándose solo en cómo hacer frente a un trabajo estresante. Por el contrario, múltiples estudios en medicina han demostrado que un enfoque centrado en la vida laboral buscando cambiar las condiciones

organizacionales y donde se involucre al equipo de trabajo en la construcción de soluciones pueden ser estrategias más efectivas. (Maslach, 2008, 2017; West, 2016, 2021) y la combinación de ambas estrategias aún está poco explorada(West, 2016).

Hasta aquí las estrategias se centran en darle al sujeto herramientas, facilitarle acciones como la exposición a la luz solar, el tomar siesta, recompensarle, hacer ejercicio para que pueda hacer frente al descuido, sin embargo, estas acciones en este sistema jerárquico que es la residencia médica, deben ser facilitadas por el superior inmediato, por lo que exploramos cómo la convivencia podría favorecer que hagan esas acciones y al mismo tiempo mejore las interrelaciones entre los distintos grados desarrollando en ellos los principios de la ética del cuidado.

Acciones convivenciales

En la *Mayo Clinic*, West (2021) se llevó a cabo una intervención con 125 médicos del departamento de medicina, con el objetivo de promover el bienestar y disminuir el agotamiento de los médicos, los participantes se asignaron de manera aleatoria a dos grupos, un grupo control sin reuniones y el grupo de intervención compuesto por 64 participantes. En el grupo de intervención se reunían en pequeños grupos para discutir temas previamente proporcionados, pero sin facilitadores, el grupo control no tuvo reuniones. Con los 64 participantes del grupo de intervención se formaron 10 grupos pequeños y se reunían cada 2 semanas durante 6 meses, en cada reunión se discutía 15 minutos un tema sobre bienestar médico, posteriormente comían juntos 45 minutos, seguido de discusión sobre el tema u otra actividad que ellos eligieran. Al finalizar la intervención el agotamiento había disminuido un 12.7% en el grupo de intervención y aumentó 1.9% en el grupo control, los síntomas depresivos había disminuido un 12.8% y aumentó en el grupo control 1.1% concluyendo que las reuniones grupales con discusión de temas sobre bienestar y comer juntos representan una herramienta adicional de bajo costo para

reducir el agotamiento y los síntomas depresivos. El mismo West (2014) ya había demostrado que las reuniones grupales con facilitador disminuían el agotamiento y mejoraban el bienestar y el efecto se mantenía 12 meses después de la intervención.

En la UNAM, Ríos Bustos (2017) llevó a cabo un estudio con el objetivo de conocer si la actividad física influye en la adaptación escolar en estudiantes de medicina, se incluyeron 106 estudiantes, la mitad se les asignó a una hora de actividad física durante todo el ciclo escolar y la otra mitad sin intervención, al terminar el ciclo escolar a los dos grupos se les aplicó un cuestionario de 9 preguntas en relación a algunos aspectos de la adaptación escolar, en el grupo con actividad física tuvieron un cambio significativo en la satisfacción del plantel y la expectativa de la carrera, dentro de otros resultados al final del estudio el grupo con actividad física tuvo comentarios positivos como “buen año de amistad” y “el grupo se me hizo bueno” que no se observaron en el grupo control.

En el adulto los beneficios de actividades recreativas al aire libre no solo mejoran la salud física de los participantes, sino que contribuyen a la salud mental y la sensación de bienestar en general. En una encuesta realizada a estudiantes de la Universidad Estatal de Ohio, 88.6% de los estudiantes indicaron que la recreación y el deporte son importantes para ellos, por lo que instituciones con un programa recreacional incrementa el reclutamiento y fortalece el sentido de pertenencia de los estudiantes. En otra entrevista llevada a cabo en *Kant State University* los estudiantes dijeron que habían ganado autoconfianza y respeto por los otros a través de su participación en el programa de recreación de la universidad (Haines, 2001).

Ética del cuidado

Richarson-López (2006) directora del Hospital Infantil de México hace la pregunta a nuestros residentes ¿quién los cuida? Después de que el promedio de deserción anual en los primeros cuatro meses era hasta 30% en la generación 2004, 40% desertaron por agotamiento

o depresión, por lo que la autora propone cuidar a los residentes asegurando descansos justos para todos, distribuyendo el trabajo equitativamente entre todos los residentes, promover su participación en actividades deportivas y culturales, propiciar ambientes de respeto y mejorar la comunicación. En los siguientes años cuidaron y favorecieron estos factores con lo cual la deserción disminuyó significativamente a 10%, las causas fueron económicas, familiares o vocacionales, y para 2006 no han tenido deserciones.

Justificación

Como lo observó Silver (1990), los primeros días de un residente en el hospital se comportan como humanos, llegan muy motivados, su rostro refleja alegría; y lamentablemente, con el paso de los meses o años pueden sufrir despersonalización, ansiedad y terminar agotados lo que repercute no solo con sus compañeros al reproducir conductas de abuso, sino que las largas jornadas de trabajo impactan también en el cuidado de los pacientes y trasciende a las relaciones con su familia, pareja y amigos. Por eso, como sentencia Toro-Arango (2018), el cuidado de sí mismo y el cuidado del otro no es una opción. O aprendemos a cuidarnos, o perecemos todos.

En una sociedad compleja donde el número de personas a las que decidimos entregar amor y cuidado es reducido, un proceso de formación de cuatro años con jornadas laborales de 36 horas continuas y que diariamente deben trabajar por objetivos comunes como es el convertirse en especialistas y mejorar la salud de los enfermos, este largo proceso debería ser capaz de fomentar relaciones de cuidado entre sus miembros, relaciones de respeto, de solidaridad y compasión, para que de esta forma se logre disminuir el abuso, haga menos agotadoras las largas jornadas de trabajo que establece la ley, así como los efectos que el abuso y las largas jornadas ocasionan.

El enfoque que elegimos para este trabajo es el de la ética del cuidado ya que promueve la convivencia, las relaciones ganar – ganar, y las herramientas que utiliza para lograr esto son el diálogo, la transformación respetuosa en lugar de la dominación; crea vínculos afectivos para que en lugar de agresividad exista acompañamiento empático, sin que esto signifique crear dependencia o sacrificio en el cuidado del otro, esto a su vez genera sentimiento de identidad y pertenencia.

Aunque hay acciones convivenciales aisladas que se han propuesto para disminuir el abuso o el agotamiento profesional como actividad física, grupos de diálogo, *mindfulness,* entre otros, lo novedoso de este trabajo es que pretende probar un modelo de acciones convivenciales enfocadas a fomentar la ética del cuidado, es decir toma acciones convivenciales que individualmente han logrado ya sea disminuir el abuso, disminuir el agotamiento o los efectos agudos de la deprivación de sueño y agruparlas junto a otras, con el fin de fomentar el cuidado entre los médicos residentes. A la fecha no hay trabajos en las residencias médicas que prueben este paquete de acciones convivenciales para desarrollar la ética del cuidado en los médicos residentes.

Esta propuesta de paquete de acciones convivenciales o modelo de acciones convivenciales para el desarrollo de la ética del cuidado tendrá también su aporte metodológico, pues no hay trabajos que por medio de la convivencia, busquen desarrollar la ética del cuidado y la cultura de paz.

Si este modelo tiene éxito o aun sin alcanzar mejorar el cuidado entre los médicos residentes tiene la finalidad de sensibilizar a los cuerpos directivos y académicos de las más de 250 sedes hospitalarias que reciben anualmente a más de 17 mil alumnos de especialidad médica (cifras del año 2020 de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, CIFRHS), a que no sólo se enfoque la educación en la excelencia académica, la mejor adquisición de competencias, la calidad en la atención y seguridad del paciente, sino que también se implementen programas y estrategias para el mejor cuidado de

los médicos residentes, ya que los problemas de trabajo excesivo, abuso de poder, deprivación crónica de sueño, distanciamiento familiar y falta de soporte social son constantes en la mayoría de las sedes formadoras de residentes.

Pregunta de investigación:

¿Pueden las acciones convivenciales ser una herramienta para desarrollar la ética del cuidado en los médicos residentes?

Objetivo general:

Desarrollar la ética del cuidado en los médicos residentes mediante acciones convivenciales.

Objetivos secundarios:

Que los médicos residentes identifiquen la ética del cuidado

Observar si los valores identificados en las acciones convivenciales son los de la ética del cuidado

Que el médico residente reflexione, posterior a la práctica de las acciones convivenciales, cómo puede aplicarlas a su vida diaria.

Comparar las acciones de cuidado antes y al término de la intervención

Marco Teórico

Convivencia

Hay diversos enfoques para el estudio de la convivencia, algunos de estos enfoques son la convivencia como estudio del clima escolar, como educación socio-emocional, convivencia como educación para la ciudadanía y la democracia, como educación para la paz, como

educación para los derechos humanos, convivencia como desarrollo moral y formación en valores. Ante esta diversidad se corre el riesgo de tensión entre teorías y la posibilidad de orientar acciones convivenciales para justificar los intereses de las normas o procesos según los intereses de cada institución. Las coincidencias entre los diversos enfoques son: aprender a vivir juntos, inclusión, participación y resolución de conflictos.

La convivencia según Bar-Tal (2004) es el conjunto de condiciones que sirven como prerrequisito para el desarrollo de relaciones intergrupales armoniosas. Esto se refiere al reconocimiento mismo del derecho del otro grupo a existir pacíficamente con sus diferencias y a la aceptación del otro grupo como legítimo socio igualitario con quien los desacuerdos deben resolverse de manera no violenta. Los principales componentes de la convivencia son: la no violencia, el reconocimiento legítimo de la existencia del otro grupo, la personalización y las sociedades equitativas.

La convivencia escolar también ha sido definida por Bar-Tal (2004) como el proceso a través del cual los miembros de la sociedad adquieren las creencias, actitudes y comportamientos que están en consonancia con las ideas de convivencia. Y para Xesus Jares, significa vivir unos con otros, basándonos en unas determinadas relaciones sociales y en unos códigos valorativos, forzosamente subjetivos, en un contexto social específico (Perales-Franco C, 2014).

Fierro-Evans (2019) define convivencia como los procesos y resultados del esfuerzo por construir una paz duradera entre miembros de la comunidad escolar, a partir de prácticas pedagógicas y de gestión inclusivas, equitativas y participativas que aborden de manera constructiva el conflicto.

Estos autores extraen cuatro elementos en común que presentan los diversos enfoques de la convivencia:

1. Desarrollo de capacidades afectivas y comunicativas.

2. Necesidad de realizar adecuaciones curriculares según las capacidades e interés de los alumnos,

3. Participación en la toma de decisiones y

4. Participación en la normatividad escolar y el reglamento del aula.

La convivencia escolar, tal como lo menciona Perales-Franco C (2014) “es un área por fortalecer y desarrollar en los ambientes escolares para propiciar contextos adecuados para el aprendizaje…” (p.7), esta puede resultar incluso aún más prioritaria que los propios contenidos, ya que sin fomentar un contexto idóneo, se dificultará cualquier tipo de aprendizaje.

La convivencia tiene el fin de lograr acciones educativas más integrales y efectivas ante los problemas sociales, siendo un proceso que se centra en los núcleos socio-afectivos de confianza, respeto, cuidado y responsabilidad (Arias-Castañeda, 2018). Es aquí donde resalta la importancia de la escucha a los alumnos, fomentando espacios de socialización donde tengan la oportunidad de expresarse y entablar conversaciones sobre su día a día con sus compañeros y docentes, lo que facilitará también la creación de un buen clima afectivo.

La convivencia es un proceso complejo que conlleva distintos factores; se encuentra directamente ligada a la parte sociocultural, ya que las relaciones y el tejido social que se forme depende de las costumbres, valores, normas y formas de pensar que compartan los miembros de una comunidad, de estos elementos dependerán la calidad de los lazos y relaciones que se establezcan en este entorno.

La convivencia es el reflejo de la cultura que se desarrolla en la vida cotidiana, es la interrelación donde cada sujeto pone en práctica sus valores, creencias, percepciones, reflexiones y conocimientos adquiridos. Las acciones convivenciales, entre otras, son la recreación y el deporte, contar con un reglamento claro, actividades culturales, hacerse compañía, ayudarse con las tareas, dar atención a estudiantes en situación de riesgo, la resolución de conflictos de manera constructiva. Estas acciones deben favorecer interrelaciones inclusivas, democráticas y pacíficas (Rodríguez-Figueroa, 2021).

En este trabajo, entendemos las acciones convivenciales como condiciones que sirven de prerrequisito para el desarrollo de relaciones armoniosas, son el proceso a través del cual los miembros de una sociedad adquieren creencias, actitudes y comportamientos que están en consonancia con las ideas de la convivencia y que procuran relaciones inclusivas, democráticas y pacíficas.

Los médicos residentes construyen la convivencia en la manera de vivir y crecer juntos, interactuando, procurando el cuidado, participando con responsabilidad y colaborando para realizarse y realizar al otro, acompañándose y construyendo vínculos profundos, abriendo canales de diálogo y atendiendo el conflicto.

Cultura de paz

El estudio de la paz tiene origen en fechas recientes, aunque como concepto ha existido ligado a la humanidad desde sus inicios. Con las paces energéticas, en la que una de las características es que los integrantes de la sociedad vivan en armonía con su entorno y el cosmos, es la unión de las dualidades y se entiende que el fin de la existencia humana es encontrar su lugar en la tierra (Dietrich, 2012).

Posteriormente, las paces morales, se centran en el dualismo bueno – malo, teniendo como determinantes la justicia, que pretende calificar o discernir entre buena y mala una acción, sin tomar en cuenta los aspectos individuales y el contexto que llevó a tal acción. (Dietrich, 2012).

La paz moderna, si bien no prosperó como forma de explicar la paz mediante la ciencia, sentó las bases para desarrollar el concepto de paz transracional que retoma los conceptos anteriores y rescata las ideas positivas que conllevan, para crear esta corriente que reconoce cómo de manera individual todos podemos ser actores de paz (Dietrich, 2012).

En la Declaración y Programa de Acción sobre una cultura de paz (A/RES/53/243, 6 de octubre de 1999; citado en Muñoz (2010) ésta se entiende como

> un conjunto de valores, actitudes, tradiciones, comportamientos y estilos de vida, que llevan implícitos el respeto a la vida, el fin de la violencia y la promoción y la práctica de la no violencia por medio de la educación, el diálogo y la cooperación. El respeto pleno y la promoción de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales. El compromiso con el arreglo pacífico de los conflictos; Los esfuerzos para satisfacer las necesidades de desarrollo y protección del medio ambiente de las generaciones presente y futuras. El respeto y la promoción del derecho al desarrollo. El respeto y el fomento de la igualdad de derechos y oportunidades de mujeres y hombres. El respeto y el fomento del derecho de todas las personas a la libertad de expresión, opinión e información. La adhesión a los principios de libertad, justicia, democracia, tolerancia, solidaridad, cooperación, pluralismo, diversidad cultural, diálogo y entendimiento a todos los niveles de la sociedad y entre las naciones (p. 46).

Para Muñoz (2010) la cultura de paz está siempre inconclusa, es una respuesta de los humanos a los desafíos del medio en que habita y las consecuentes relaciones que se establecen dentro de la especie. La paz significa alcanzar el máximo equilibrio interno y, en esa medida, el menor grado de entropía. Hablaríamos de paz refiriéndonos a todas aquellas situaciones en la que gestionamos o regulamos, de acuerdo con nuestras propias normas y valores, lo más óptimamente posible los recursos disponibles.

La cultura de paz es el cultivo de valores en el que cada grupo elige lo que es importante cultivar y cuidar, además de adaptarse al cambio constante, Vicenc (2011) considera que

> …es a través de la educación que podremos introducir de forma generalizada los valores, herramientas y conocimientos que forman las bases del respeto hacia la paz, los derechos humanos y la democracia, porque la educación es un importante medio para eliminar la sospecha, la ignorancia, los estereotipos, las imágenes de enemigo y, al mismo tiempo, promover los ideales de paz, tolerancia y no violencia, la apreciación mutua entre los individuos, grupos y naciones (p. 6)

La educación para la paz es educación sobre los conflictos, aprendiendo a reconocer los intereses del otro, a tratar a las demás culturas en igualdad de condiciones. Esta nueva mirada hacia el mundo persigue, en primer lugar, entender mejor su complejidad y diversidad, para después, o paralelamente, consensuar un “código de conducta universal”, una ética global o una macro-ética planetaria, definida como una ética de corresponsabilidad que tenga en cuenta los efectos de cuanto hacemos, para nosotros y para las futuras generaciones, buscando un mínimo de valores que podamos compartir y defender todas las sociedades, sin imposiciones ni occidentalizaciones, con sus correspondientes responsabilidades que puedan ser traducidas en normas exigibles.

Para educar en el conflicto Cascón (2000) utiliza el termino de J. Burton de provención como el proceso de intervención antes de la crisis. Esta forma de educar para la paz y el conflicto es entendida como un proceso para desarrollar habilidades que creen un clima adecuado y favorezca relaciones cooperativas y pacificas. Propone trabajar las habilidades en forma de escalera iniciando con la creación de grupo, en este nivel hay actividades de presentación, conocimiento del otro, aprecio, autoestima y aprecio a los demás, trabajando no solo los valores que cada persona tiene como miembro de una cultura; en el segundo escalón se trabaja la comunicación, la precisión en el uso del lenguaje, se visualizan los canales de comunicación, la escucha activa y aprender a tomar decisiones por consenso. En el tercer escalón se trabaja la cooperación buscando un clima donde todos deben incluirse en la dinámica y dejar de lado las etiquetas de bueno o malo, en estas actividades alcanzar los objetivos y fortalecer las relaciones son igualmente importantes y finalmente la resolución de conflictos. Esta forma gradual de introducir a un grupo en la educación para la paz la retomaremos más adelante para construir el modelo convivencial.

Ética del cuidado

El concepto de ética del cuidado surge del libro *"In a different voice"* de Carol Gilligan (citada en (Víton, 2020), donde expone un enfoque diferente al desarrollo moral y la ética de la justicia y los derechos propuestos por Kohlberg (Barra, 1987), este autor utilizó dilemas morales hipotéticos en sujetos masculinos y creo la escala final de desarrollo moral, que al aplicarla en mujeres alcanzaban un menor desarrollo moral que los sujetos masculinos.

Gillian dio paso a una visión diferente de juicio moral más contextual al realizar de nuevo el estudio de Kohlberg utilizando dilemas éticos reales y aporto que las mujeres al enfrentar estos dilemas toman en cuenta la unicidad de cada situación como particular, enfatizando las responsabilidades que se dan a partir de las relaciones y la atención a las necesidades concretas de las personas, exponiendo de esta forma la diversidad de voces morales.

En otro estudio ella entrevista a alumnos universitarios al inicio de su carrera y cinco años después con el fin de observar el desarrollo moral, las mujeres que desertaron tenían preocupación por no hacer daño a nadie y resolver los conflictos de forma en que nadie salga dañado.

El libro de Gilligan se considera el nacimiento conceptual de la ética del cuidado y el inicio de un debate que dio lugar a un nuevo movimiento ético.

El término cuidado del término latino *cura*, o *coera* en su forma más arcaica se usaba en el contexto de relaciones de amor y amistad. Otros sostienen que deriva de *cogitare – cogitatus*: meditar, pensar, poner atención, mostrar interés, revelar una actitud de desvelo y preocupación, por lo que el cuidado está en la naturaleza del hombre. El humano no puede nacer y vivir sin el cuidado del otro y la falta de cuidado lo hacen perder sentido, desarticularse y morir. El cuidado significa desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención, buen trato. Es un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se concentra en el otro (Boff, 1999). Entonces, cuidado significa la actitud de desvelo, interés, preocupación, inquietud y atención para con el otro que provoca que

la persona cuidada se sienta afectivamente unida al otro (Boff, 1999). En este sentido debemos pasar del “modo de ser trabajo”, cuya esencia es dominar las cosas y transformarlas para el servicio e intereses individuales o colectivos, al “modo ser cuidado” que, si bien no se opone al primero, no trata de dominar las cosas, sino de con-vivencia, de interactuación y comunión con los otros. En el “modo de ser cuidado” en lugar de agresividad hay convivencia y en lugar de jerarquías dominantes hay compañía afectuosa (Boff, 1999).

Las soluciones propuestas frente al descuido del otro son variadas. Hay quienes atribuyen el descuido al abandono de la religión, otros opinan que deben fortalecerse la moral y el apego a costumbres o que necesitamos más educación. Para Boff (1999)

> exige una filosofía del ser y una reflexión espiritual que nos hable del sentido de todos los sentidos y que sepa organizar la convivencia humana con la inspiración de la ley fundamental del universo: la sinergia, la cooperación de todos con todos, y la solidaridad cósmica (p.18).

Este autor nos invita a buscar las respuestas en todas las personas que desarrollan prácticas significativas a la reformulación de *ethos*, que tomará cuerpo en forma de sistemas morales concretos (valores, actitudes y comportamientos prácticos), con el propósito de una evolución conjunta hacia formas más colectivas. Debe brotar del núcleo más esencial del ser humano.

Para Boff (1999) el síntoma más doloroso de la crisis actual es que existe un malestar difuso que afecta a la civilización y se manifiesta en el fenómeno del descuido, la indiferencia y el abandono, es decir, la falta de cuidado.

Los cuatro principios de la ética del cuidado que propone Boff (2021), son: el cuidado de sí, la responsabilidad, la solidaridad y la compasión. La primera actitud frente al otro debe ser la de profundo respeto, el otro debe ser respetado en su existencia y en su conciencia. No puede ser usado y degradado como si fuera un medio. Aplicado en nuestro entorno, esto es que el residente de menor jerarquía no puede ser usado como subordinado del otro y sujeto a realizar

todas las tareas, ser dominado por el poder, en lugar de esto se debe convivir y transformar con el otro. Debemos ser responsables del tipo de relación que tenemos con el otro, de inclusión, de acogida, de alianza y de amor. “Actúa con responsabilidad que las consecuencias de tus actitudes y actos no sean maléficas para el otro y destructivas de la naturaleza, la vida y la Tierra” (Boff, 2021, p. 119). Para lograr esta responsabilidad es necesario cambiar la lógica de la competición, por la de la colaboración que usa la razón cordial, y pasar de la exaltación de la violencia a una cultura de paz y de la búsqueda del bien común. La solidaridad está inscrita en todos los seres, pues somos interdependientes unos de otros, “Solidarízate con todos los seres, especialmente con los humanos, porque todos son tus compañeros de aventura planetaria y cósmica; solidarízate de forma especial con los más desfavorecidos, para que todos puedan ser incluidos en tu cuidado y tu responsabilidad” (Boff, 2021, p. 121). La solidaridad en el residente fomentará la capacidad de buscar metas y objetivos que favorezcan a otros, el residente de mayor jerarquía mostrará solidaridad poniéndose en el lugar del otro y escuchándolos.

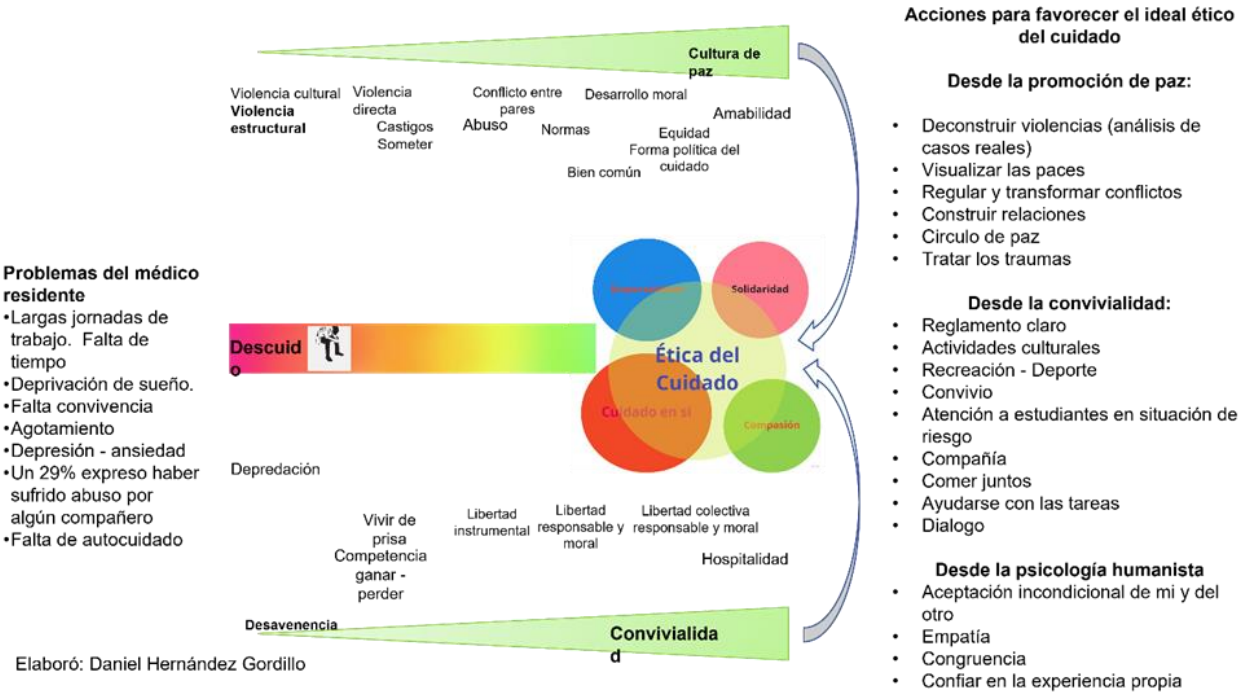
Finalmente, en el camino doloroso que es la formación como médico residente, surge la compasión en su significado positivo: compartir la pasión del otro y con el otro, sufrir con él, alegrarse con él, andar el camino con él para hacer frente al sufrimiento. La compasión implica dos actitudes: el desapego de todas las cosas y el cuidado de todas las cosas. Renunciamos a poseer y aprendemos a respetar en la diversidad, aprendemos a acercarnos y responsabilizarnos de su bienestar. Sustituyendo agresividad por compañía afectuosa. La compasión la entenderemos como el aprender a cuidar de los cercanos creando vínculos afectivos, comprometiéndose en un proyecto de vida para que los médicos residentes generen sentimientos de pertenencia, conocimiento mutuo y se creen círculos de amistad y confianza que ayuden a la resolución pacífica de conflictos (Toro-Arango, 2018). Para dicho autor, la ética del cuidado también busca que aprendamos a realizar transacciones ganar – ganar, es decir una transacción justa y equitativa que genere valor para ambas partes. La carrera médica es competencia y premia al éxito individual, por lo que no es de extrañar que las transacciones sean

ganar – perder; la excelencia en los estudiantes de medicina se mide por medio de clasificaciones, exámenes de promoción o demostrar capacidades; se trata de criterios excluyentes. Desde la ética del cuidado, la excelencia debe ser total, buena para todos y siempre incluyente.

Como el médico residente sacrifica el escaso tiempo que le podría dedicar a la convivencia y acciones convivenciales como la recreación y el deporte e incluso las instituciones receptoras de residentes no cuentan con un programa o acciones que favorezcan la convivencia, en lugar de convivencia hay violencia y cuando la violencia directa se naturaliza, hay violencia cultural y se inhibe a los actores de la comunidad escolar a tomar medidas estructurales – organizativas podemos hablar de la existencia de violencia estructural.

Figura 1

Relación entre los problemas del médico residente, la ética del cuidado y acciones para favorecer el ideal ético del cuidado.



Elaboró: Daniel Hernández Gordillo

A manera de construcción conceptual para este trabajo elaboramos la Figura 1. En un extremo tenemos a la violencia y el descuido y en el otro, la convivencia y la ética del cuidado, entre esos extremos están los conflictos, las normas, el desarrollo moral, entre otros; por lo que nuestro planteamiento es que a través de acciones convivenciales podamos alcanzar los ideales de la ética del cuidado en los médicos residentes. La convivencia la podemos vivir promoviendo acciones convivenciales de recreación, dialogo y análisis de conflictos reales que han ocurrido en el pasado, acciones que consideramos nos acercarán al ideal ético del cuidado. Consideramos que la recreación desarrollará los pilares de solidaridad, responsabilidad, cuidado en sí y compasión, y los círculos de paz ayudan a mejorar el diálogo y la provención del conflicto; se espera que desarrollen una cultura de paz que nos permita vivir en armonía confiando en la experiencia del grupo, aceptándose a sí mismos y aceptando incondicionalmente a los otros. Así mismo, podemos observar la relación entre los problemas del médico residente, los beneficios de la ética del cuidado, las acciones convivenciales como herramientas para desarrollar los cuatro pilares de la ética del cuidado desde la propia convivencia, cultura de paz y la psicología humanista.

Métodos, participantes y materiales

Enfoque metodológico

Para el presente trabajo se utiliza el paradigma de investigación cualitativa, ya que uno de los objetivos de la investigación cualitativa es tratar de comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes. En la investigación cualitativa, según Hernández (2014) se identifican islas y luego se encuentran vínculos. Las hipótesis se van generando conforme se van descubriendo los fenómenos en ese grupo de participantes. La documentación puede realizarse por observación directa, notas interpretativas, anotaciones temáticas o grupos de ideas, documentación de sentimientos personales o reactividad de los participantes, en bitácoras y

diarios de campo. Nosotros realizamos bitácoras en cada una de nueve sesiones que posteriormente fueron analizadas.

El enfoque que se utilizó fue el de investigación acción participativa. Esta es una forma de investigación colaborativa con la finalidad de mejorar la práctica educativa a través de ciclos de acción y reflexión. El propósito es cuestionar los paradigmas y valores de descuido y violencia con la finalidad de explicarlos y mejorarlos. Nosotros exploramos el paradigma de la exigencia violenta en la residencia médica, que provoca acciones de descuido, violencia y desavenencia y queremos que mejore llevando a la exigencia del cuidado mediante acciones convivenciales (Latorre, 2005).

Consideraciones éticas

Antes de cualquier intervención, el protocolo fue evaluado y aprobado por el comité local de investigación en salud No. 1301 Registro COFEPRIS 17 CI 14 039 114, registro CONBIOÉTICA 14 CEI 20190123. Dictamen de aprobado folio R-2022-1301-138. (Anexo 1).

El estudio se apegó a las pautas éticas de la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, respetando la dignidad de la persona como menciona el artículo 13, solicitando consentimiento informado por escrito a todos los participantes (anexo 2), explicando el objetivo y los beneficios esperados de la investigación, especificando quienes realizan las intervenciones durante el estudio y dictamen del comité de ética como lo dicta el artículo 14. Para el cumplimiento del artículo 16 de dicha ley referente a protección de la privacidad; se les pidió a los participantes que hablaran sobre su experiencia previa, durante y posterior a las intervenciones del estudio y se tomaron varias medidas para garantizar la protección y confidencialidad de los datos: todos los datos recopilados sobre los participantes se conservarán en la institución en un archivero cerrado con llave, los datos electrónicos en una sola laptop protegida con contraseña, los datos recopilados se identificarán

mediante un número de identificación personal ID y solo el grupo de investigadores dispondrá de la lista con los nombres e ID (esta lista estará como archivo único por lo que la sola lista no tiene significado sin los archivos bajo resguardo seguro), en la divulgación de los resultados no se mencionará ninguna información que lleve a la identificación de los participantes; y éstos, tendrán acceso a la redacción de los resultados y podrán suprimir de la redacción aspectos que consideren atentan contra su privacidad.

Según el artículo 17 de la citada ley, esta investigación, al utilizar entrevista, cuestionarios, actividades de ejercicio moderado en sujetos sanos, se considera de riesgo mínimo y cumplirá con el artículo 20 en materia de consentimiento informado y el artículo 57 de grupos subordinados por lo que en el consentimiento bajo información se menciona que aceptar o no participar, o retirar el consentimiento, no tendrá afectación alguna en su situación escolar.

Participantes

Este estudio se llevó a cabo en un hospital con más de 450 camas, en el que se forman anualmente más de 800 residentes, que incorpora más de 60 programas de especialidad, convirtiendo a esta sede en una de las más grandes y con mayor número de programas de especialidad en el país por lo que la posibilidad de generalizar algo que aquí funcione es alta.

El programa de especialidad en neumología tiene una duración de 4 años, el ingreso es anual y comienza cada marzo y el primer año de residencia tienen rotaciones en los diferentes servicios de medicina interna por lo que solo pasan en el servicio de neumología dos o tres meses. A partir del segundo año y hasta el cuarto, pasan 10 meses en el servicio de neumología y dos meses en rotación foránea nacional o internacional. Tienen dos periodos de vacaciones de 10 días cada 6 meses y al menos dos fines de semana libres por mes. Las actividades de formación comprenden asistencia a pacientes para aprender a hacer y aprender a ser, fundamentos científicos teóricos de la especialidad, es decir, saberes, seminario de investigación y seminario de educación.

El día típico de lunes a viernes del residente de neumología inicia a las 7:00 am con la revisión de sus pacientes asignados, a las 7:30 hrs. se tiene la primera actividad académica con la presentación de casos que ingresaron durante la guardia, participan todos los residentes y todos los profesores, éstos realizan preguntas y el médico residente responde, aquellas preguntas que no pueden responder son tareas o temas que debe estudiar para la siguiente ronda en la que se tenga un caso similar o surja la misma pregunta. Posterior a esta actividad se dedican a la atención de pacientes hasta las 13:00 horas, en la que hay una clase, de acuerdo con su programa académico, que termina a las 14:30 hrs. Posteriormente quienes tienen actividad clínica complementaria, llamada guardia se quedan en el hospital hasta las 14:30 hrs. del día siguiente. Son dos guardias por semana. Cada guardia está compuesta por uno o dos residentes de segundo, tercero y cuarto año. Durante la guardia cada año tiene sus funciones designadas de acuerdo con el reglamento interno y se apoya en el residente de mayor jerarquía para llevarlas a cabo. El residente de cuarto año supervisa las actividades de los de segundo y tercero, el de tercero supervisa al de segundo. Durante la guardia pueden descansar en el cuarto de descanso asignado para tal fin y son los integrantes de la guardia los responsables de organizarse para descansar.

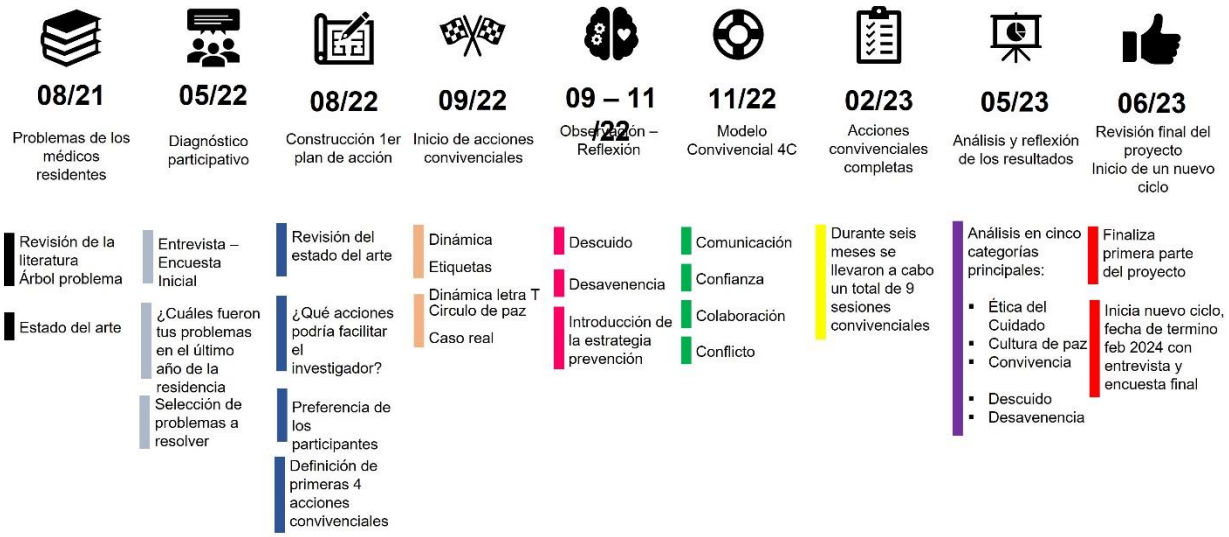
La muestra accesible fue de 26 residentes de neumología en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. El 30% eran mujeres, tenían entre 24 y 30 años de edad; 15 residentes de segundo año, 5 residentes de tercero y 6 de cuarto. El muestreo fue no probabilístico, se invitó a participar a los 26 residentes de manera voluntaria quienes, al aceptar participar y firmar el consentimiento escrito bajo información constituyeron la muestra para el estudio.

El grupo docente estuvo integrado por el profesor titular, tres adjuntos, cuatro ayudantes y tres instructores de práctica clínica. En las acciones convivenciales se planeó que estuvieran presentes al menos dos docentes y la observación bimestral la realizaron los tres adjuntos y los cuatro ayudantes.

La figura 2 muestra la línea de tiempo de la investigación, aunque por la naturaleza del estudio, investigación – acción participativa, no es lineal, aquí mostramos los eventos o puntos de inflexión más significativos en el desarrollo e implementación de esta. Se muestra el inicio de la investigación con la elaboración de un marco teórico y estado del arte para contrastar con los problemas identificados en el diagnóstico participativo, con los problemas identificados en el diagnóstico, tomando en cuenta las competencias del docente investigador, así como la preferencia de los alumnos participantes, realizamos una primera construcción del plan de acción que fueron puestos en práctica en septiembre de 2022. En estas primeras sesiones observamos que las acciones convivenciales tenían que iniciar con actividades de diálogo y confianza para poder pasar a temas de colaboración y conflicto, por lo que ajustamos el plan de acción y se construyó el modelo convivencial 4C. Con este modelo se completaron un total de nueve sesiones que son las que utilizamos para realizar el análisis y la reflexión final.

Figura 2.

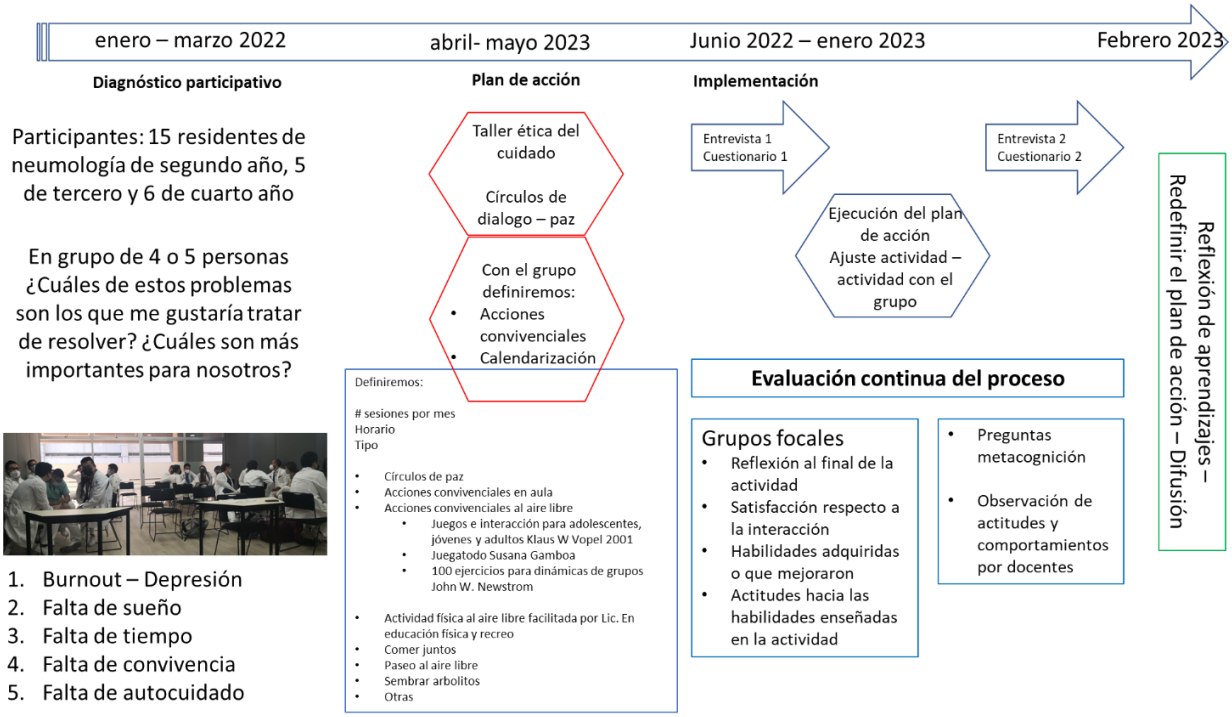
Línea de tiempo, muestra los principales momentos de la investigación – acción participativa



La figura 3 muestra las etapas de la investigación acción participativa, iniciando con el diagnóstico participativo en marzo 2022, como se describe más adelante esta fue solo una guía, ya que una vez identificados los problemas a resolver se construyó en conjunto con los participantes el plan de acción de marzo a julio 2022, el cual no fue exactamente con las acciones de esta primera planeación, sino que se fue construyendo y reconstruyendo con la implementación de las sesiones y la reflexión al final de las mismas.

Figura 3.

Diseño de la investigación acción participativa inicial marzo 2022.



En la figura se muestra el inicio del diagnóstico participativo, el plan de acción con estrategias propuestas por los participantes y los docentes investigadores, posteriormente la implementación con las herramientas de observación y evaluación continua del proceso, para finalmente reflexionar los aprendizajes y reiniciar el ciclo.

Diagnóstico participativo.

Se invitó a participar de manera voluntaria a los residentes de neumología y quienes voluntariamente aceptaron participar firmaron carta de consentimiento informado escrita, (anexo 2). Esta invitación se realizó explicando primero en qué consistía el proyecto y su participación.

Los 26 residentes aceptaron participar y se inició una primera parte del diagnóstico participativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas (anexo 3) a la generación que egreso en marzo 2022 para conocer su percepción sobre los temas de jornada laboral, descanso y abuso durante su residencia. Este grupo de residentes no estuvo expuesto a ninguna de las actividades del plan de acción, por lo que ahí se documentan los problemas que esa generación experimentó durante su residencia en la que asumimos hubo falta de cuidado.

Estas entrevistas se realizarán de nuevo con el grupo de residentes ya expuestos a cuatro ciclos de plan de acción, en febrero de 2024, para contrastar si hubo mejoría en la resolución de problemas experimentados por el médico residente.

Con los médicos residentes que continuaron en su formación después de marzo 2023, se convocaron para juntos construir e identificar los problemas que en su último año habían experimentado. En una sesión en el aula se les pidió que expresarán los problemas que tuvieron en el último año ellos o algún compañero y a manera de lluvia de ideas se generó un listado de 29 problemas que se fueron anotando en el pizarrón. Posterior a esto se les pidió que formaran 5 grupos de 4 – 5 personas conformados por residentes de cuarto y tercer año. Cada grupo dialogó y posteriormente eligieron cuál de los problemas enlistados consideraban como los prioritarios a resolver. Los problemas que consideraron prioritarios fueron los siguientes:

1. Trastornos del estado de ánimo (*burnout* – depresión)
2. Sueño de mala calidad
3. Falta de tiempo
4. Falta de convivencia

5. Falta de autocuidado

La sesión terminó con el compromiso de que en la siguiente sesión se buscarían las estrategias para mejorar estos problemas prioritarios, introduciendo el concepto de ética del cuidado como una posibilidad.

Plan de acción

Para construir el plan de acción iniciamos con una breve introducción sobre la ética del cuidado, se les pido que observaran el video de Toro-Arango (2013) y después de ver el video que anotaran las palabras, conceptos que les resultaran interesantes, valiosos, aplicables a su ámbito de estudio que es la residencia médica.

El día de la sesión en el aula, fuimos dieciséis participantes, de los cuales, nueve fueron residentes de segundo año, tres de tercer año y tres de cuarto año y un docente. Las diez personas que no asistieron, uno fue por estar en rotación foránea, tres por estar en atención a pacientes, cuatro porque estaban en área covid y dos más de vacaciones. Iniciamos proyectando el video y posteriormente pasamos a escuchar los comentarios de cada uno sobre el video. Algunos participaron dos veces conforme recordaban algo con lo que dijeron sus compañeros, al que no había participado se le invitó a compartir su punto de vista y los anotamos en la pizarra. Se formaron dos columnas una con problemas o inconvenientes que tiene el paradigma del éxito y otra columna con los valores, conceptos o frases que tiene la ética del cuidado.

Se dio el ejemplo de la falta de cuidado al observar que una silla del aula tenía unas huellas de zapato porque alguien se subió a encender el proyector, lo que tomaron como ejemplo de la falta de cuidado del bien público.

La sesión la terminamos preguntando si les gustaría que sus años de la residencia fueran con los valores de la ética del cuidado a lo que todos asintieron con la cabeza o dijeron sí y nos

comprometimos para la siguiente sesión a seleccionar dinámicas que nos acercarían a conducirnos con el paradigma del cuidado.

En la segunda sesión para la elaboración del plan de acción la sesión inició retomando los valores de la ética del cuidado que anotamos en la sesión del video y explicándoles que para desarrollarla se planearían actividades convivenciales dos sesiones por mes.

Posteriormente se les presentó una lista de acciones y se les pidió que eligieran las actividades que les gustaría realizar. Podían elegir todas las que les agradaran y en las que les gustaría participar. La recolección de las opiniones se realizó utilizando una encuesta electrónica de manera anónima en la que, además de las opciones señaladas, se dejó una opción libre en la que podían escribir alguna propuesta o comentario adicional.

En el cuadro siguiente se muestran las acciones y el porcentaje de preferencia de los 19 participantes en esa sesión.

Cuadro 1:

Preferencia de los médicos residentes sobre el tipo de acciones convivenciales *a incluir en el plan de acción*

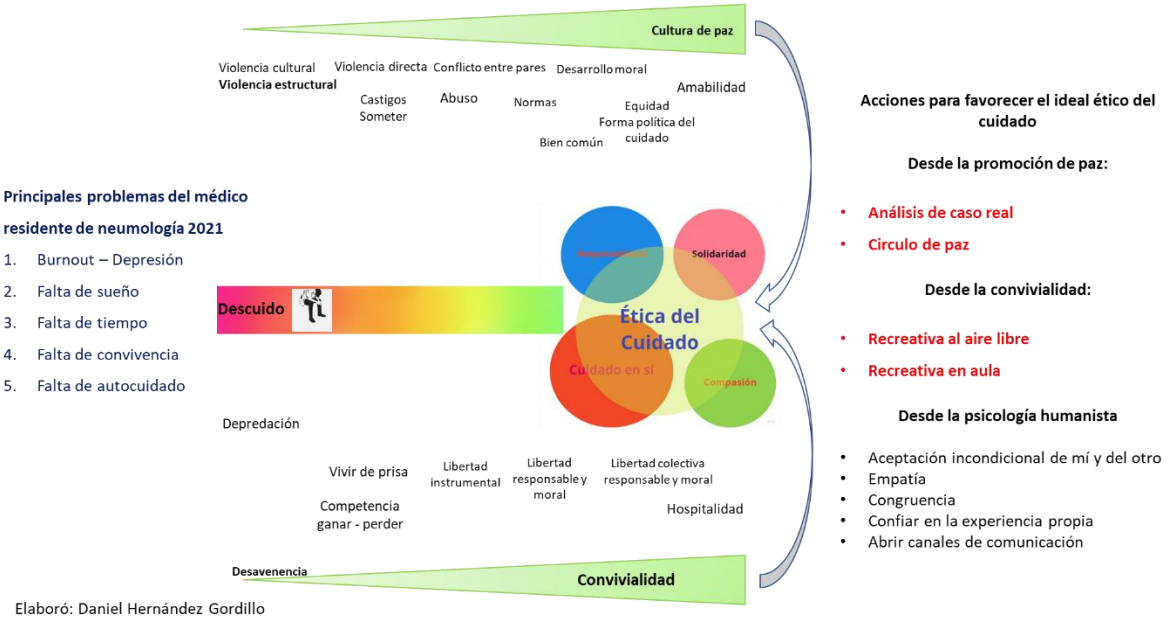
Nombre de la actividad	**% de preferencia**
Dinámicas recreativas en clase	68%
Dinámica análisis de casos reales	63%
Círculos de dialogo / Círculos de paz	58%
Dinámicas fuera del hospital (requieren de tu tiempo libre)	53%
Dinámicas al aire libre que impliquen ejercicio moderado (correr 10 min, brincar, saltar etc.)	48%
Dinámicas que requieren contacto físico (tomarse de las manos, abrazar al otro, contacto cuerpo a cuerpo, sentarse en el otro, etc.)	37%
Otras propuestas por los participantes	Organizar convivo. Organizar comida al concluir rotaciones. Juego de fútbol. Cenas en ocasiones especiales (p ej, cuando lleguen los nuevos residentes) para convivencia académica.

Comentarios	Creo que las actividades implementadas nos están ayudando a tener más contacto entre nosotros, hasta el momento me han gustado. Estas actividades son de mi agrado, nos ayudan a convivir de manera diferente entre todos.

Con los insumos obtenidos en estas sesiones reconstruimos la figura 1 de tal forma que seleccionamos solo las acciones que tanto el docente investigador podía facilitar de acuerdo con sus competencias y aquellas que los participantes preferían realizar por la confianza que se tenía con los compañeros del grupo para llevarlas a cabo. Estas acciones fueron actividades recreativas en el aula o al aire libre, círculos de paz y análisis de casos reales.

Figura 3.

Primer plan de acción participativo



Elaboró: Daniel Hernández Gordillo

En la figura 3 a la izquierda están los problemas que los participantes consideran como más relevantes y prioritarios de mejorar, en el centro el gradiente teórico de violencia y descuido

al objetivo, ética del cuidado con sus cuatro pilares y a la derecha las cuatro acciones convivenciales que tomadas de la promoción de paz y la convivialidad que llevamos a cabo con el fin de desarrollar el ideal ético del cuidado.

Implementación

La implementación tuvo una duración de 7 meses, de agosto 2022 a febrero 2023. Durante esta fase se realizó la observación y evaluación del proceso para, finalmente, realizar la reflexión y un nuevo diagnóstico; con el objetivo de rediseñar el plan de acción que dará inicio en marzo 2023 y así sucesivamente hasta 2024. A continuación, se describen las acciones en cada una de las fases llevadas a cabo hasta febrero 2023. Como describiremos más adelante el contenido de estas etapas cambió en función de la observación y participación de los residentes y docentes conforme comenzaron a implementarse las primeras acciones.

Sin tener definido el modelo más allá de que a través de acciones convivenciales dos veces al mes, y que en la medida de lo posible no tuvieran contacto físico ni ejercicio fuerte se definieron las primeras cuatro sesiones: una dinámica al aire libre, otra dentro del aula, un círculo de paz y el análisis de un caso real.

Observación y evaluación del proceso.

La primera dinámica fue la actividad “etiquetas”. Durante esta actividad se agruparon por generación o por hospital de origen, algunos estuvieron platicando durante las instrucciones y algunos se movieron poco durante la actividad. Observamos que la participación fue algo forzada y elegimos para la segunda actividad en el aula una dinámica que ayudará a la comunicación.

La dinámica para favorecer la reflexión sobre comunicación fue armar un rompecabezas y formar la letra T. En esta se mostraron interesados, aunque aún agrupados por año o por

hospital de procedencia, se les separó para la actividad y los más callados se dejaron como emisores. La sesión cumplió con el objetivo e identificaron a la comunicación, la escucha activa o el valorar la perspectiva del otro como los elementos que los llevaron a completar la tarea y al final los que terminaban colaboraban con las parejas que tenían dificultad para armar la figura de manera indistinta a su año o su hospital de origen.

El primer círculo de paz abordamos comportamientos “estropajo”, actitudes o acciones que son abrasivos, ásperos y que pueden llegar a violentar a las personas a nuestro alrededor y comportamientos “esponja” amables, suaves que tenemos en nuestro día a día hospitalario. Las expresiones estropajo de les dificultó externarlas, la actitud es cerrada, la posición corporal se nota tensa, los brazos recogidos, frecuentemente con la mirada abajo. Las actitudes esponja hace que se vean más relajados y se expresan con más facilidad, hay expresiones de afecto como abrazar al compañero que está al lado.

Finalmente abordamos un caso real en el que pudimos observar comunicación, aunque en uno de los cuatro equipos no hay consenso sobre que hacen ante la falta de un compañero, en la primera ronda la solución propuesta es ceder, nosotros perdemos, nos sacrificamos y él gana, solapan la falta de su compañero. Al exponer las consecuencias del encubrimiento dos equipos deciden pedir ayuda, aunque esto implique denunciar al compañero que falta, vislumbran que podría volver a pasar y por tanto solicitan ayuda. Dos equipos sienten culpa y siguen encubriendo la falta. Al discutir las soluciones el grupo concluye que es mejor pedir ayuda desde el principio, ser responsable de nuestras decisiones, no minimizar las situaciones y prevenir daños futuros.

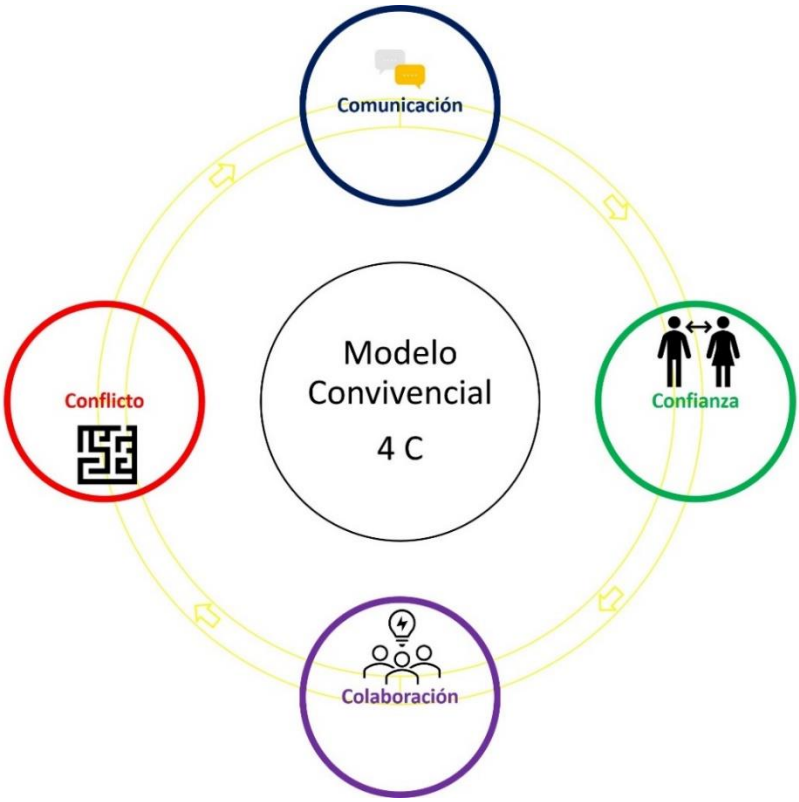
Modelo convivencial 4C.

Siendo este un trabajo de investigación – acción participativa reflexionamos estas primeras cuatro acciones convivenciales para redefinir el plan de acción. Observamos que las actividades no tenían una secuencia que permitiera ir de competencias básicas como crear confianza y favorecer la comunicación para posteriormente abordar temas más delicados como conflictos reales. En la primera actividad corríamos el riesgo de centrarnos en atender violencias pasadas, sin embargo, nuestro objetivo no es la contención sino cuestionar el modelo dominante y tomar conciencia de que todos tenemos capacidad para la transformación pacifica de los conflictos en vistas de un mejor futuro, es decir un empoderamiento pacifista (Muñoz, 2001) y fue en esta segunda reflexión que revisamos el modelo de provención de Cascón (2000) en el que propone trabajar habilidades de forma ascendente, como ya se describió en el capítulo cultura de paz.

A este modelo lo nombramos modelo convivencial 4C, figura 4, inicia con una dinámica para mejorar o favorecer la comunicación, la siguiente dinámica es para fortalecer la confianza y pertenencia al grupo, continua con dinámicas sobre colaboración y solidaridad, para entrar posteriormente a resolución de conflictos. Una vez completado un primer ciclo se vuelve a iniciar, conforme se va repitiendo el ciclo, las dinámicas van ligándose, siendo comunicación – confianza, colaboración – resolución de conflicto, conflicto – comunicación según la evolución del grupo. Las planeaciones de las actividades se pueden consultar en el anexo 6.

Figura 4.

*Modelo convivencial 4C***.**



La primera sesión con este modelo fue un círculo de diálogo, puedo observar menos ansiedad en todos, no se mueven y no evitan mirarse, saben que vamos a dialogar y su postura es libre, relajada. Posteriormente a imaginarnos una experiencia positiva asociada a una cobija cada uno expresa como podemos ser cobija para los demás y surgen expresiones de empatía, saber escuchar, de cuidado en sí y compasión.

La sesión de confianza fue al aire libre y noto alegría en todos los participantes, llegan se saludan, se dan abrazos, no hay personas con los brazos cruzados, se integran no importa el compañero que les quede a un lado. Surgen comentarios en torno a la responsabilidad de guiar al otro, saber escuchar, confianza, colaboración y solidaridad.

La actividad de colaboración se realizo en el aula a medida que llegaban ayudaban con el acomodo de las sillas formando un círculo, comenzando dibujando al principio fue rápido quizá

porque eran las primeras y requerían de menos creatividad como la sonrisa, cuando llegaba el retrato con esas cualidades entonces se requirió más tiempo y comenzó a surgir la creatividad, conforme observamos como otros habían dibujado alguna cualidad nos fuimos dando ideas de como dibujar otras, el recibir un retrato ya enriquecido nos hacía sonreír y escuchábamos las risas espontaneas de todos. La sensación al final de la sesión fue congruente con la expresada en las respuestas a la pregunta ¿cómo nos vamos? contentos, divertidos, agradecidos y felices. Al regresar a la oficina observo que hay cuatro residentes con el jefe de neumología mostrándole su retrato y explicándole como fue que se construyó, días después me encuentro al residente con el jefe de neumología y el alumno se queja, le pidieron que les dibujara una cualidad cuando le estaban mostrando su retrato "…no quiso dibujarme una cualidad"

En febrero se integran nuevos residentes y aprovechamos esto para revisar los problemas que surgen al pasar de un menor a mayor grado y reflexionar sobre lo que se siente siendo el recién llegado y las actitudes de los establecidos. Las expresiones son de respeto, compasión, cuidado "No olvidar lo que no nos gustó para no repetir…" "Seguimos patrones, pensamos cuando sea gato voy a hacer eso y actualmente se ha modificado y debemos seguir el patrón de apoyo que tenemos, no somos amenaza". Dos días después un alumno entra a la oficina para expresarme que las actividades le han ayudado, porque cree que gracias a estas sus compañeros de mayor grado lo apoyan a pesar de que su desempeño no era óptimo y esa ayuda le permitió organizarse mejor y mejorar.

La última sesión fue construyendo juntos y aunque en un principio no estaba contemplada en el modelo 4C, la observación y reflexión de las actividades anteriores nos orientó a realizar una actividad que integre las 4C a manera de cierre antes de dar paso a un nuevo ciclo. En esta actividad cuando hay menos comunidad el grupo se tarda más vueltas en ponerse de acuerdo en la figura que quieren quede como final. Considero que construyeron rápidamente y estando de acuerdo porque comparten una visión y a lo largo de las actividades anteriores se han sensibilizado a respetar, cuidar el trabajo del otro, entender al otro, colaborar y acompañarse.

Aunque hubo cuatro propuestas de figura la última figura en aparecer fue la que tuvo aceptación e integró las primeras ideas.

Reflexión de los resultados

En esta primera parte de la investigación se analizó la realidad surgida de las informaciones relativas a las interacciones de los residentes entre sí y con los profesores investigadores. Y comprende los datos surgidos desde el diagnóstico, la elaboración del plan de acción y las bitácoras de las primeras 9 sesiones. Los cuestionarios sobre ética del cuidado y las entrevistas se van a comparar y analizar al contar con las segundas entrevistas y cuestionarios en marzo 2024.

La reducción de los datos se llevó a cabo en etapas, en una primera relectura de las bitácoras se simplificó asignando categorías y posterior codificación, con las categorías surgidas se llevó a cabo una análisis de éstas para resumir las que son cubiertas por un mismo tópico y utilizando el programa ATLAS.ti se realizó una codificación abierta (Rodríguez et al., 1999), es decir, analizamos línea a línea asignando una categoría, modificando las primeras o readaptando en función de los nuevos hallazgos. Hubo líneas o párrafos que no pudieron excluirse y simultáneamente se les asignó a dos categorías.

Del análisis de las 9 bitácoras se obtuvieron 708 citas, agrupadas en 14 categorías o códigos con 47 subcategorías, se muestran en el cuadro 2. Las categorías con más menciones fueron ética del cuidado con 201, convivencia 167, cultura de paz 122, desavenencia 53, sentimientos positivos 41 y descuido 26.

Cuadro 2:

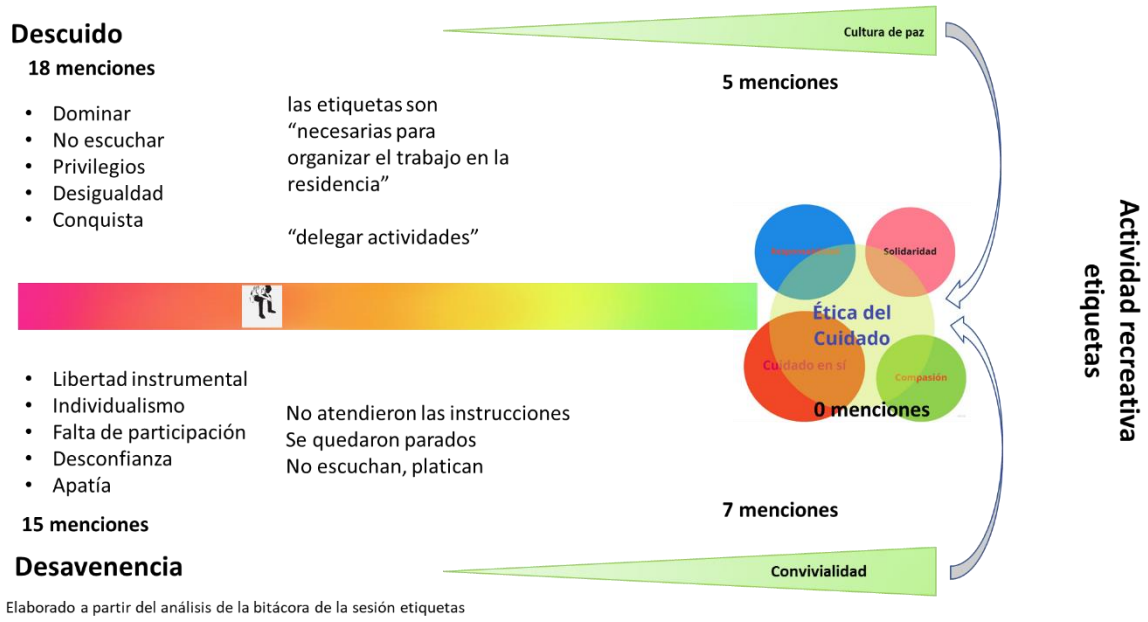
Categorías se muestran en negritas y subcategorías en viñetas, surgidas del análisis de las 9 bitácoras de las sesiones convivenciales.

Ética del Cuidado	**Convivencia**	**Cultura de paz**	**Desavenencia**
• Cuidado en sí • Compasión • Solidaridad • Responsabilidad	• Participación • Empatía • Dialogo • Interrelaciones igualitarias • Alegría • Reglamento claro • Recreación	• Aceptar la diversidad • Resolución pacífica del conflicto • Libertad moral y responsable • Escuchar a todos • Hospitalidad • Tranquilidad • Amabilidad • Paz	• Falta de comunicación • Libertad instrumental • Apatía • Individualismo • Desconfianza • Violencia directa • Desigualdad • Violencia cultural • violencia estructural
Sentimientos positivos	**Sentimientos negativos**	**Descuido**	**Trastornos mentales**
• Alegría • Amor • Bienestar • Motivado	• Culpa • Miedo • Tristeza • Enojo • No sentirse bien	• Privilegios • Conquista • No escuchar • Desigualdad • Arrepentimiento • Indiferencia • Engaño	• Ansiedad • Depresión • Confusión
Deseos	**Felicitación**	**Facilitación**	**Trata a los demás como te gustaría ser tratado**
Falta de competencia	**Sacrificio**		

En la primera sesión el objetivo fue reflexionar sobre las etiquetas que se les construye a las personas, se les colocó una etiqueta en la frente con distintas figuras geométricas, después de que se ordenaron se realizó la reflexión y reconstruyendo la figura 3, esperando que se expresaran menciones sobre cultura de paz, ética del cuidado o convivencia, y no expresiones de violencia o descuido. En general los de tercer y cuarto año defendieron las etiquetas y la jerarquía, figura 5, hubo algunas menciones sobre cultura de paz y convivialidad, sin embargo, no hubo menciones sobre ética del cuidado.

Figura 5.

Categorías con más menciones en el análisis de la bitácora de la 1era sesión etiquetas.



Del análisis del total de las bitácoras, las cinco categorías con más menciones fueron Ética de del Cuidado, Convivencia, cultura de paz, Descuido y Desavenencia. El cuadro 3 muestra el número de menciones y ejemplos de las menciones realizadas por los participantes sobre Ética del Cuidado.

Cuadro 3.

Categoría Ética del Cuidado Total de menciones 201

Subcategoría	#menciones	ejemplo
Cuidado en sí	75	*"a veces estamos allá adentro y todos los demás somos nosotros protegiéndonos al final de cuentas eso para mí pues es mi interpretación siendo pues… digamos todos pudiendo ocupar el lugar del centro y todos pudiendo ser a la vez*

		protectores" 4:85 ¶ 13 en 12. Bitácora de sesión final construyendo juntos *"Saber hablar y saber escuchar"* 7:51 ¶ 52 en 5. Bitácora de sesión Letra T *"Llegar temprano para que el otro pueda irse pronto"* 8:85 ¶ 113 en 6. Bitácora de sesión Estropajo - esponja
Compasión	68	*"Acompañar y no juzgar"* 10:43 ¶ 48 en 8. Bitácora de sesión cobija 23 noviembre *"Que es más fácil ir acompañado, si esta actividad fuera la vida"* 11:12 ¶ 19 en 9. Bitácora de sesión radar y submarinos
Solidaridad – Colaboración	51	*"quería formar algo que representara una comunidad porque todos estábamos participando y sentía que nos tenía que representar a todos"* 4:39 ¶ 18 en 12. Bitácora de sesión final construyendo juntos *"entonces pues siempre hay algo que agregar para que quede perfecto y que todos estemos de acuerdo con eso"* 4:72 ¶ 24 en 12. Bitácora de sesión final construyendo juntos
Responsabilidad	27	*"Hay interés en participar en estas acciones, llegan puntuales y buscan rescatar esta hora para asistir, aunque estén en servicios que demandan mucho trabajo asistencial."* 7:6 ¶ 11 en 5. Bitácora de sesión Letra T *"Vislumbrar las consecuencias de nuestros actos al tomar decisiones"* 9:24 ¶ 42 en 7. Bitácora de sesión caso 1

El cuadro 3 muestra acciones o expresiones que surgieron en las actividades del modelo 4C que ejemplifican de cada uno de los cuatro pilares de la ética del cuidado, el cuidado en sí a manera de compromiso, la compasión muy congruente con la definición teórica de

acompañamiento empático, el sentirse comunidad, y la responsabilidad teniendo en cuenta las consecuencias de nuestros actos, no solo como la responsabilidad de cumplir con las obligaciones.

Cuadro 4:

Categoría Convivencia, 167 menciones

Subcategoría	#menciones	Ejemplo
Participación	41	*"Hay interés en participar en estas acciones, llegan puntuales y buscan rescatar esta hora para asistir, aunque estén en servicios que demandan mucho trabajo asistencial."* 7:6 ¶ 11 en 5. Bitácora de sesión Letra T
Empatía	38	*"No nos hemos puesto en los zapatos del gato, debemos aprender a ser buen gato y siempre tratar de comprender al otro"* 3:14 ¶ 15 en 11. Bitácora de sesión 25 de enero gato y ratón *"Siendo receptivos a las necesidades del otro y ver cómo podemos apoyarnos"* 10:50 ¶ 55 en 8. Bitácora de sesión cobija 23 noviembre
Diálogo	37	*"Saber hablar y saber escuchar"* 7:51 ¶ 52 en 5. Bitácora de sesión Letra T *"Saber esperar mi turno para hablar, saber esperar el momento para hablar."* 11:26 ¶ 32 en 9. Bitácora de sesión radar y submarinos
Interrelaciones igualitarias	31	*"No debemos perder de vista que es la misma persona siendo gato o ratón es la misma persona y que en algún punto todos somos lo mismo, somos personas."* 3:13 ¶ 14 en 11. Bitácora de sesión 25 de enero gato y ratón *"Los ratones merecen todos nuestro respeto y apoyo, todos somos personas."* 3:16 ¶ 17 en 11. Bitácora de sesión 25 de enero gato y ratón

Alegría	25	*"La sensación al final de la sesión fue congruente con la expresada en ¿cómo nos vamos? contentos, divertidos, agradecidos y felices."* 2:40 ¶ 61 en 10. Bitácora de sesión 21 de diciembre cualidades

En el cuadro 4, resalta la importancia de cómo fueron acciones experimentadas más que ideales teóricos de convivencia. Los ejemplos que se dan son de cómo se dio la participación, la empatía siendo receptivos al otro, experimentaron el saber escuchar y saber esperar su turno para hablar que favorece el diálogo, expresan que en la residencia las interrelaciones deben ser igualitarias ya que todos son personas, y el vivir estas acciones convivenciales les provocó sentimientos de alegría. No hubo reglas de convivencia, sino que vivimos la convivencialidad.

Cuadro 5.

Categoría Culturade paz 122 menciones

Subcategoría	# menciones	Ejemplo
Diversidad	43	*"en un inicio no sabíamos qué hacer eran muchas propuestas que pudieron salir muy bien y creo que estamos de contentos con lo que se construyó"* 4:27 ¶ 14 en 12. Bitácora de sesión final construyendo juntos
Resolución pacífica del conflicto	29	*"Seguimos patrones, pensamos cuando sea gato voy a hacer eso y actualmente se ha modificado y debemos seguir el patrón de apoyo que tenemos, no somos amenaza"* 3:27 ¶ 23 en 11. Bitácora de sesión 25 de enero gato y ratón
Libertad moral y responsable	24	*"Ninguno de los papeles es fácil, saber pedir las cosas no es fácil y algo que puede ayudar es ponernos como si fuéramos esa persona."* 3:9 ¶ 12 en 11. Bitácora de sesión 25 de enero gato y ratón *"No generalizar, sino individualizar a quien vamos a dar instrucciones."* 11:25 ¶ 31 en 9. Bitácora de sesión radar y submarinos

Escuchar a todos	19	*"Aunque no sepas que decir escuchar es bueno"* 10:39 ¶ 44 en 8. Bitácora de sesión cobija 23 noviembre *"Saber escucharlos y hacerlos sentir seguros"* 10:44 ¶ 49 en 8. Bitácora de sesión cobija 23 noviembre

Finalmente, en el cuadro 5, se muestran las reflexiones en torno a la cultura de paz y las ideas que se desarrollaron mediante las acciones convivenciales. La libertad moral y responsable la cual toma en cuenta cada situación en particular y este modo de actuar resolviendo el conflicto desde la individualidad de cada situación es un elemento clave de la ética del cuidado, no hay justicia general sino análisis particular de cada caso.

Tanto en las en las situaciones en las que reconocen elementos de ética del cuidado, cultura de paz o convivencia hay sentimientos de alegría, amor, bienestar y motivación.

Cuando los participantes identificaban situaciones de desavenencia las más frecuentes fueron falta o ausencia de comunicación, libertad instrumental “No es justo hacer su chamba”, falta de participación “nadie participa y quedamos en silencio”, violencia directa “Me sentí atacado y por eso reaccioné así” y desconfianza en la primera sesión “Dispuestos en circulo, aun sin saber cual era la actividad, los residentes se agruparon por año”. El mayor número de situaciones de desavenencia se dio en la primera sesión y a medida que avanzamos fueron desapareciendo.

Cuando una situación fue reconocida como desavenencia se relacionó con sentimientos negativos como culpa, miedo, enojo y tristeza.

El descuido se reconoció como inercia, por ejemplo, en la actividad de etiquetas donde los de mayor grado defienden las etiquetas como algo para que la sociedad funcione, mientras que los de segundo año reconocen el descuido de etiquetar al otro “los de segundo año expresan más los posibles daños de etiquetarse, nos limita, separa y clasifica”. Otro elemento del descuido es no escuchar “La receptora intenta mirar lo que están armando otros compañeros y genera

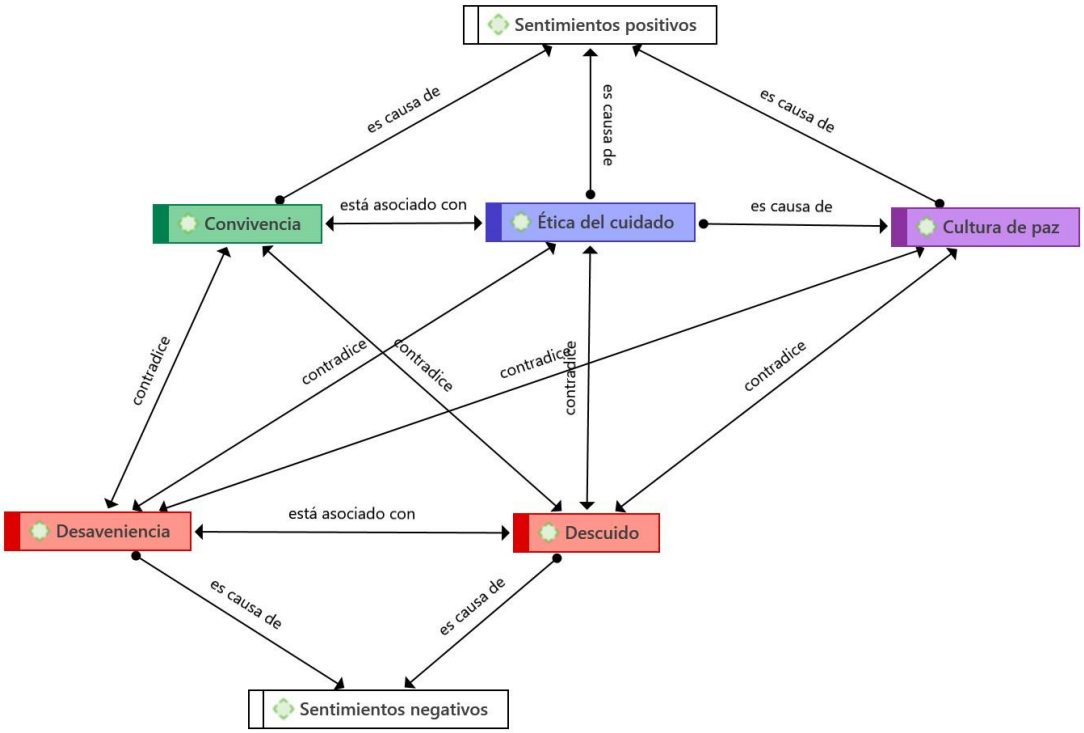
dudas, necesita hablar". "No está escuchando" no lograron armar la figura al no asumir el papel de receptor y no escuchar las instrucciones. Y lo más señalado en el descuido son conductas de dominio y conquista del otro "me da la impresión de que defienden la etiqueta de jerarquía" al tener actitud estropajo "superioridad".

Finalmente, se realizó análisis de redes, figura 6, se muestra cómo la ética del cuidado se asocia a convivencia y pueden ser causa de generar ambientes de cultura de paz, experimentar alguna de estas tres provoca sentimientos positivos. Por el contrario la desavenencia está asociada al descuido y son causa de sentimientos negativos.

En este análisis se muestra que ética del cuidado y convivencia son acciones, valores y reflexiones que están asociadas y cuando estás se llevan a cabo son causa o promotoras de cultura de paz y cuando se realizan estas acciones causan sentimientos positivos, por el contrario, desavenencia está asociada a descuido y son causales de sentimientos negativos.

Figura 6.

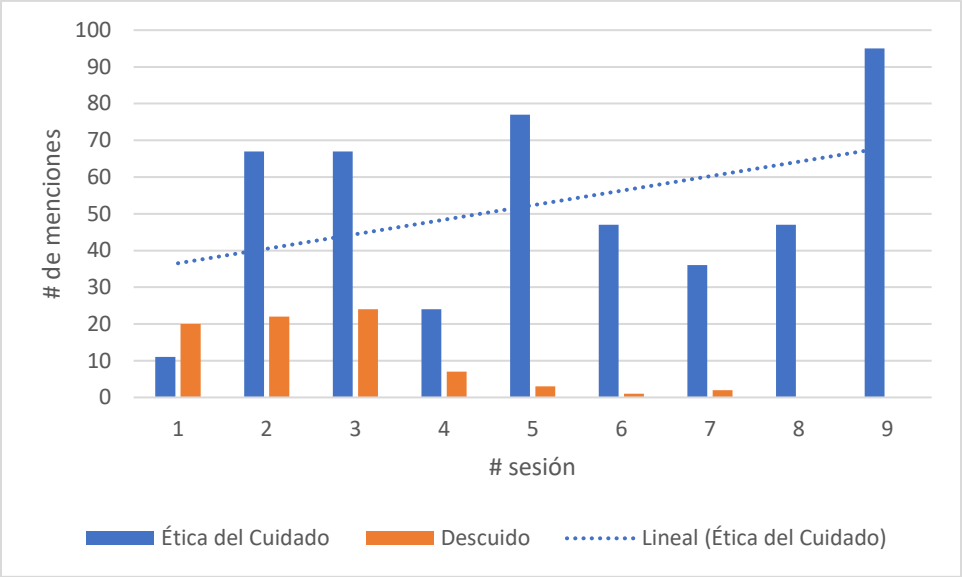
Análisis de redes.



La respuesta a nuestra pregunta de investigación es que observamos un cambio en las menciones, actitudes y mayor cantidad de acciones convivenciales y reflexiones sobre ética del cuidado conforme pasaron las sesiones, si sumamos las menciones sobre ética del cuidado, convivencia como una sola y sumamos las menciones sobre violencia y descuido, en la figura 7, se nota como fueron en aumento las menciones sobre ética del cuidado y prácticamente el descuido desapareció en las últimas sesiones.

Figura 7.

Comparación de menciones entre ética del cuidado y descuido en cada una de las sesiones



El objetivo general consideró que se alcanzó, los médicos residentes identifican a la ética del cuidado y realizan acciones de cuidado en las actividades, se comprometen a mantenerlas y llevarlas a cabo con sus compañeros y en una primera comparación aumentó el cuidado, la compasión, la responsabilidad y la solidaridad con respecto a las primeras sesiones.

Perspectivas

El modelo convivencial 4C actualmente continúa llevándose a cabo con el grupo de residentes de neumología, con el mismo esquema de dos sesiones por mes, se contempla que se lleve a cabo durante este año académico y se ajuste al final con los participantes de nuevo el modelo y de continuar la ejecución para los próximos ciclos, lo ideal sería que sean los mismos

participantes quienes faciliten las actividades, algo que ya comienza con la participación espontanea de algunos alumnos que me han expuesto ideas para las siguientes actividades que les gustaría facilitar.

La otra evolución que se observa en el modelo es que las actividades comienzan a tener vínculos, por ejemplo, en la actividad de comunicación hay acciones de confianza, en la de confianza hay colaboración y en la de colaboración resolución pacífica del conflicto, son los mismos participantes que ponen en práctica las habilidades fomentadas en las sesiones pasadas para tomar la iniciativa y aunque la sesión tiene foco en una sola C, se realizan acciones mezcladas. El reto en este aspecto es cómo integrar a los nuevos participantes que cada año ingresan a la especialidad y que podrían estar en diferente grado de desarrollo de ética del cuidado, aún no sentirse confiados para comunicarse y colaborar. Por esta razón, al contar con integrantes nuevos, considero necesario regresar a actividades muy enfocadas e incluso reforzar una sola C antes de pasar a la siguiente.

El modelo de las 4C ha reforzado convivir de manera pacífica y armoniosa sustentados en los pilares de la ética del cuidado, hemos logrado internalizar estos conceptos y de esta forma crear una cultura de paz en la residencia de neumología, por esto, nuestro deseo es probar el modelo en otras residencias dentro de la misma institución. Aunque teóricamente los problemas de los residentes son muy similares en todas las especialidades y sedes, es necesario realizar un diagnóstico participativo y si los problemas que priorizan son similares a los nuestros entonces el modelo podría tener el mismo impacto. Si los problemas son muy diferentes las actividades recreativas, círculos de paz y por supuesto el análisis de casos se puede adaptar a esa nueva realidad y perseguir el mismo objetivo de desarrollar la ética del cuidado.

Profesores de otras sedes se han acercado a nosotros a solicitar ayuda para disminuir la violencia y les hemos planteado ya el modelo de las 4C como una alternativa. Por lo que

realizaremos difusión del modelo en foros educativos para que con las adaptaciones necesarias se puedan disminuir algunos de los problemas del médico residente.

Reflexiones finales

Los problemas de médicos residentes han sido ampliamente descritos y son similares en distintas sedes, aquí mediante un diagnóstico participativo, los médicos residentes seleccionaron los problemas prioritarios a resolver los trastornos del estado de ánimo, el sueño de mala calidad, la falta de tiempo, la falta de convivencia y la falta de autocuidado. La preferencia de los participantes para las acciones convivenciales fueron las actividades en aula, al aire libre, círculos de paz y análisis de casos reales. Podríamos decir que en un ambiente convivencial se realizó el diagnóstico y se delineó el primer plan de acción y desde la primera sesión se fomentó el diálogo, el intercambio de ideas y la toma de decisiones conjuntas que nos llevará a fomentar los pilares de la ética del cuidado. En todas las actividades convivenciales los participantes mostraron interés, responsabilidad y disposición para llevarlas a acabo. Reconocieron a la convivencia como las interrelaciones igualitarias y empáticas, basadas en la participación y el diálogo. Las acciones convivenciales fueron valoradas como positivas y generadoras de sentimientos positivos como alegría, bienestar y motivación.

Después de nueve sesiones convivenciales, la categoría más mencionada en las bitácoras de las sesiones fue la ética del cuidado. Los participantes reflexionaron, reconocieron y se comprometieron con el ideal ético del cuidado con acciones concretas como llegar temprano para que el que se quedó de guardia pueda retirarse temprano, saber escuchar y compartir la comida, así también reconocen la compasión como el acompañamiento, destacan sentirse como una comunidad y dan ejemplos de apoyo mutuo, son conscientes en que sus decisiones deben ser responsables, pensando en la consecuencia de sus actos.

Desde la primera sesión los residentes expresaron su deseo de que sus años de residencia estuvieran basados en los pilares de la ética del cuidado, sin embargo, en la primera sesión no apareció ninguna mención a la ética del cuidado, fue hasta sesiones posteriores que fueron apareciendo. El cambio de la primera sesión en la que no hubo menciones a la ética del cuidado a convertirse en la categoría con más menciones podría explicarse por las acciones convivenciales que fueron reforzado los pilares de la ética del cuidado e internalizándolos en los participantes, lo que hizo que en las siguientes sesiones realizaran estas acciones y las identificaran durante la reflexión de la actividad y se fueran evitando acciones de descuido que estaban presentes en las primeras sesiones.

Tanto las acciones convivenciales como reflexionar sobre los pilares de la ética del cuidado fueron de manera gradual fortaleciendo una cultura de paz. La cultura de paz se nota en la participación de todos en la creación de planes de acción, en el diálogo y mejor comunicación que se fue logrando con el paso de las acciones convivenciales, la aceptación de la diversidad, la resolución pacífica del conflicto sustituyendo la libertad instrumental por libertad moral y responsable, valorando más las relaciones con los otros y no el dominio o el individualismo.

Pudimos observar que efectivamente la convivencia se asocia con la ética del cuidado y ambas fortalecen o causan una cultura de paz. En conjunto estas acciones causan en los participantes sentimientos positivos y pudieran ser una estrategia a largo plazo para afrontar mejor algunos problemas en su formación como especialistas.

El cambio de paradigma de descuido a cuidado también cambia la forma en la que los docentes se enfrentan a los problemas de aprendizaje de los residentes, al tener empatía, compasión y cuidado podría interpretarse como una debilidad o tolerancia a la falta de responsabilidad y esto impactar en el desempeño académico. Una forma de evaluar el desempeño académico es con el examen de consejo, el cual se realiza al finalizar la formación por un organismo externo, a la fecha una generación expuesta un año a este modelo convivencial

realizó el examen y fueron aprobados todos, si las siguientes dos generaciones, las cuales habrán estado expuestas al modelo convivencial 4C durante toda su formación siguen con ese buen desempeño, podremos concluir que el cambio de paradigma conserva el desempeño académico en comparación con el paradigma de la violencia y el descuido.

Aun si se llegara a la residencia con la idea errónea de la violencia, el abuso y el descuido, el ambiente logrado permitirá que se contagie y se repitan las buenas conductas que han observado, como ellos mismos lo expresan en sus reflexiones.

Bibliografía

Acosta-Fernández, M. A.-V., María de los Ángeles.; Pozos-Radillo, Blanca Elizabeth.; Torres-López, Teresa Margarita.; Parra Osorio, Liliana. (2017). Vivencias y experiencias de médicos residentes mexicanos durante su primer año de formación académica. *Investigación en Educación Médica, 6*(23), 169-179. https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.09.012

Arias-Castañeda, E. (2018). Un acercamiento a lo radical de la convivencia. *Cultura Educación y Sociedad, 9*(1), 59-68. https://doi.org/ http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.9.1.2018.04

Austria-Corrales, F. C.-V., Beatriz.; Herrera-Kiengelher, Loredmy.; Vazquez-García, Juan Carlos.; Salas-Hernández, Jorge. (2011). Síndrome de burnout en médicos mexicanos en entrenamiento durante una contingencia sanitaria por virus de influenza AH1N1. *Gaceta Medica de México, 147*, 97-103.

Baldwin, D. C., Jr.; Daugherty, S. R. (2004, Mar 15). Sleep deprivation and fatigue in residency training: results of a national survey of first- and second-year residents. *Sleep, 27*(2), 217-223. https://doi.org/10.1093/sleep/27.2.217

Bar-Tal, D. (2004). Nature, Rationale, and Effectiveness of Education for Coexistence. *Journal of Social Issues, 60*(2), 253-271. https://doi.org/10.1111/j.0022-4537.2004.00110.x

Barra, A., E. (1987). El desarrollo Moral: una introducción a la teoría de Kohlberg. *Revista Latinoamericana de Psicología*(1), 7 - 18.

Baugh, J. J. R., A. S.; Takayesu, J. K. (2021). Help Us Help You: Engaging Emergency Physicians to Identify Organizational Strategies to Reduce Burnout. *West J Emerg Med, 8*(3), 696-701.

Belló, M. P.-R., Esteban.; Medina-Mora, María Elena.; Lozano, Rafael. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex, 47*, s4-s11.

Boff, L. (1999). *saber cuidar* https://www.rumbosostenible.com/wp-content/uploads/Saber-Cuidar-Libro-de-Leonardo-Boff.pdf

Boff, L. (2021). *Reflexiones de un viejo teólogo y pensador* (Trotta, Ed. 1 ed.).

Cascón, S. P. (2000). Educar en y para el conflicto. 1-35. https://escolapau.uab.cat/img/docencia/recurso001.pdf

Dietrich, W. (2012). La paz como concepto cultural. Experiencia energética y reconocimiento transracional., 1-17. https://loshilosdelmundo.files.wordpress.com/2012/11/dietrich_la-paz-como-concepto-cultural-copy.pdf

Fierro-Evans, C. C.-P., P. (2019). Convivencia escolar: Una revisión del concepto. *Psicoperspectivas, 18*(1), 1-14. http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol18-issue1- fulltext-1486

Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159-165.

Gurubhagavatula, I. B., L. K.; Barnes, C. M.; Basner, M.; Boivin, D. B.; Dawson, D.; Drake, C. L.; Flynn-Evans, E. E.; Mysliwiec, V.; Patterson, P. D.; Reid, K. J.; Samuels, C.; Shattuck, N. L.; Kazmi, U.; Carandang, G.; Heald, J. L.; Van Dongen, H. P. A. (2021, Nov 1). Guiding principles for determining work shift duration and addressing the effects of work shift duration on performance, safety, and health: guidance from the American Academy of Sleep Medicine and the Sleep Research Society. *J Clin Sleep Med, 17*(11), 2283-2306. https://doi.org/10.5664/jcsm.9512

Haines, D. (2001). Undergraduate student benefits form university recreation. *Recreational Sports Journal, 25*(1), 25-33.

Hernández, S., R.; Fernández, Collado, C.; Baptista, Lucio, P. . (2014). *Metodología de la investigación* (M. G. Hill, Ed. 6ed ed.).

Herrera-Silva, J. C. T.-M., Aida.; Acosta-Corona, Carlos German.;. (2006). Características de la violencia en residentes de dos instituciones formadoras de pediatras en el estado de Sonora. *Bol Med Hosp Infant Mex, 63*, 18-30.

IMSS. (2021). Procedimiento para la planeación, programación, operación y evaluación del proceso educativo de residentes en curso de adiestramiento de especialización en el Instituto Mexicano del Seguro Social 2510-003-019. *IMSS*, 165.

Jiménez-López, J. L. A.-O., Jesús.; Angeles-Garay, Ulises. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 53*(1), 20-28.

Kalmbach, D. A. F., Y.; Arnedt, J. T.; Cochran, A. L.; Deldin, P. J.; Kaplin, A. I.; Sen, S. (2018, Jun). Effects of Sleep, Physical Activity, and Shift Work on Daily Mood: a Prospective Mobile Monitoring Study of Medical Interns. *J Gen Intern Med, 33*(6), 914-920. https://doi.org/10.1007/s11606-018-4373-2

Kessler, R. C. C., W. T.; Demler, O.; Merikangas, K. R.; Walters, E. E. (2005, Jun). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*(6), 617-627. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617

Latorre, A. (2005). *La investigación - acción. Conocer y cambiar la práctica educativa* (Graó, Ed. 3ed ed.).

Leiter, M. P. M., C. (1999). Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *J Health Hum Serv Adm, 21*, 472-489.

Markov, D., & Goldman, M. (2006). Normal sleep and circadian rhythms: neurobiologic mechanisms underlying sleep and wakefulness. (0193-953X (Print)), 841-853.

Maslach, C. J., Susan E; Leiter, Michael P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education.

Maslach, C. L., M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *J Appl Psychol, 93*, 498-512.

Maslach, C. L., M. P. (2017). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Med Teach, 39*, 160-163.

Mejía, R. D., Andre.; Alemán, María.; Maliandi, María del Rosario.; Lasala, Fernando. (2005). Percepción de maltrado durante la capacitación de médicos residentes. *Medicina (Buenos Aires), 65*, 295-301.

Muñoz, A. F. M., R.B. . (2010). Una cultura de paz compleja y conflictiva. La búsqueda de equilibrios dinámicos. *Revista paz y conflictos*(3), 44 - 61.

Muñoz, F. (2001). Paz imperfecta. 36.

NOM-001-SSA3. (2012). Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas. http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284147&fecha=04/01/2013

OMS. (2021). *Depresión.* WHO. Retrieved 1 de diciembre de 201 from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

Peets, A. A., N. T. (2012). Restricting resident work hours: the good, the bad, and the ugly. *Crit Care Med, 40*, 960 - 966

Perales-Franco C, A.-C. E., Bazdresch-Parada M. . (2014). *Desarrollo socioafectivo y convivencia escolar*.

Phipps-Nelson, J. R., J. R.; Dijk, D. J.; Rajaratnam, S. M. (2003, Sep). Daytime exposure to bright light, as compared to dim light, decreases sleepiness and improves psychomotor vigilance performance. *Sleep, 26*(6), 695-700. https://doi.org/10.1093/sleep/26.6.695

Quijano-Pitman, F. (1999). Origen y desarrollo de las residencias hospitalarias. *Gac Méd Méx, 135*(1), 73-76.

RAE, A. (2021a). *abusar. Diccionario de la lengua española*. Retrieved 1 de diciembre de 2021 from https://dle.rae.es/abusar#0EUOgTV

RAE, A. (2021b). *acosar Diccionario de la lengua española*. Retrieved 1 diciembre de 2021 from https://dle.rae.es/acosar

Richarson-López, C. V. (2006). Y a nuestros residentes ¿quién los cuida? *Artemisa en línea, 63*, I55-I57.

Ríos Bustos, M. E. T. V., Marisela; de la Torre Concepción. (2017). Actividad física y adaptación escolar en estudiantes de medicina en un campus de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Investigación en Educación Médica, 6*(21), 16-24. https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.04.003

Rodrigues, H. C., R. Auid-Orcid; Oliveira, A.; Cabral, J. V.; Medeiros, L.; Gurgel, K.; Souza, T.; Gonçalves, Ak Auid-Orcid. (2018). Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. (1932-6203 (Electronic)).

Rodríguez-Figueroa, H. (2021). Convivencia escolar: revisión del concepto a partir de dos estudios de caso. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación*(57), e1272.

Rodríguez, G. G., Gil, F. J., & García, J. E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (Aljibe, Ed.).

Rosenberg, D. A. S., H. K. (1984, Feb 10). Medical student abuse. An unnecessary and preventable cause of stress. *JAMA, 251*(6), 739-742. https://doi.org/10.1001/jama.251.6.739

Saldaña, I., Omar.; López, Ozuna, Vanessa M. (2014). Prevalencia de depresión en médicos residentes de diferentes especialidades. Secretaría de Salud del Distrito Federal. *Evid Med Invest Salud, 7*(4), 169-177.

Schijven, M. P. R. R., ; O. Th J. ten Cate; Grantcharov, T. P.; Regehr, G.; Satterthwaite, L.; Thijssen, A. S.; MacRae, H. M. (2010). Transatlantic comparison of the competence of surgeons at the start of their professional career. *Br J Surg, 97*, 443 - 449

Sepúlveda-Vildósola, A. C. M.-N., Alma Rebeca.; Fajardo-Dolci, Germán Enrique.; Reyes-Lagunes L Isabel. (2017). Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 55*, s92-101.

Silver, H. K. (1982, Jan 15). Medical students and medical school. *JAMA, 247*(3), 309-310. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7054531

Silver, H. K. G., A. D. (1990, Jan 26). Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA, 263*(4), 527-532. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2294324

Terrones-Rodríguez, J. F. C.-P., Vicente.; Arreola-Rocha, José de Jesús. (2016). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 54*(2), 242-248.

Toro-Arango, B. (2013). *Paradigma del cuidado*. Fundación Eco Urbano. https://www.youtube.com/watch?v=nSWqbnd7r2E

Toro-Arango, B. (2018). *Ética del cuidado: el nuevo paradigma educativo: Elementos para una nueva cosmovisión.* (E. SM, Ed.)

Vicenc, F. (2011). *Educar para una cultura de paz* (E. d. C. d. Pau, Ed.)

Víton, M. I., Fructuoso. (2020, 04/13). Contextos socioculturales del cuidar y ejercicio ético. Reflexividad y compromisos pedagógicos para la democratización de vida compartida Sociocultural contexts of caring and ethical exercise. *Saber & Educar*. https://doi.org/10.17346/se.vol0.361

West, C. P. D., L. N.; Erwin, P. J.; Shanafelt, T. D. (2016). Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet, 388*(10057), 2272-2281.

West, C. P. D., L. N.; Rabatin, J. T.; Call, T. G.; Davidson, J. H.; Multari, A.; Romanski, S. A.; Hellyer, J. M.; Sloan, J. A.; Shanafelt, T. D. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med, 174*(4), 527-533.

West, C. P. D., L. N.; Satele, D. V.; Shanafelt, T. D. (2021). Colleagues Meeting to Promote and Sustain Satisfaction (COMPASS) Groups for Physician Well-Being: A Randomized Clinical Trial. *Mayo Clin Proc, 96*, 2606-2614.

Zamudio-Villarreal, J. F. (2011). La Función de los Médicos Residentes Según las Leyes Mexicanas [Correspondencia]. *Rev Invest Clin, 4*(1), 5 - 6

Anexos

(Anexo 1): Carta de aprobación comité de bioética



6/7/22, 12:52 SIRELCIS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud **1301.**
Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Lic Ignacio García Téllez

Registro COFEPRIS **17 CI 14 039 114**
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 14 CEI 20190123**

FECHA **Miércoles, 06 de julio de 2022**

M.E. Daniel Hernández Gordillo

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Convivencia como herramienta para desarrollar la ética del cuidado en médicos residentes del servicio de neumología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente.** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional
R-2022-1301-138

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Hugo Ricardo Hernandez Garcia
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1301

Imprimir

IMSS

https://sirelcis.imss.gob.mx/s2/sclieis/protocolos/dictamen/43301 1/1

(anexo 2) Carta de consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Convivencia como herramienta para desarrollar la ética del cuidado en los médicos residentes
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Número de registro:	
Lugar y fecha:	Guadalajara, Jalisco ___ de _____ de 2022
Número de participante	
Teléfono de la participante	
Justificación y objetivo del estudio:	El objetivo de este trabajo es que sirva como aproximación a la enseñanza de médicos residentes con enfoque en la ética del cuidado, para lograr mejores ambientes educativos, disminuir los problemas de agresividad, abuso de poder y mejorar la convivencia y el acompañamiento.

	El cuidado de sí mismo y el cuidado del otro no es una opción, como sentencia Toro-Arango (2018) o aprendemos a cuidarnos o perecemos todos. En el caso de las especialidades médicas, la casa común es el hospital y sus habitantes somos todos los que ahí habitamos y sino aprendemos a cuidarnos y cuidar del otro, tarde o temprano pereceremos todos, enfermos, médicos, residentes y todos los trabajadores de la salud, ya que las relaciones de poder dominante, la deprivación de sueño y los trastornos emocionales amenazan la adecuada superación y la calidad de la atención. este trabajo pretende sensibilizar a los cuerpos directivos y académicos de las más de 250 sedes hospitalarias que reciben anualmente a más de 17 mil alumnos de especialidad médica, cifras del año 2020 de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), a que no sólo se enfoque la educación en la excelencia académica, la mejor adquisición de competencias, la calidad en la atención y seguridad del paciente, sino que también se implementen programas y estrategias para el mejor cuidado de los médicos residentes	
Procedimientos:	Entrevista – responder a cuestionarios – actividades convivenciales que consisten en actividades recreativas al aire libre y en aula, así como círculos de dialogo, la duración de estas actividades será de 60 a 90 min y serán definidas de manera colectiva entre todos los participantes del estudio. La duración de estas sesiones es de 10 meses y puedes retirarte del mismo en cualquier	

	momento, los datos recolectados hasta ese momento podrán ser usados para el análisis de los resultados.
Posibles riesgos y molestias:	Se tocan temas sensibles como abuso y personales como descanso, lo que puede llegar a ocasionar incomodidad, sin embargo, todos son libres de decidir no participar o censurar lo que no quiera que se exponga de manera anónima en los resultados del estudio.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	El beneficio no es directo o personal, el beneficio es el bien común, tus respuestas nos ayudarán a implementar acciones de cuidado durante la formación de residentes.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Podrá ser informado sobre cualquier aspecto del estudio que desee. Todos los participantes serán informados de los resultados y serán invitados a participar en el análisis y discusión de los resultados.
Participación o retiro:	Usted conserva su derecho a seguir participando en el estudio o a retirarse del mismo en cualquier momento que lo desee o considere conveniente.
Privacidad y confidencialidad:	Todos los datos obtenidos en el estudio serán guardados en la más estricta privacidad y manejados en forma totalmente confidencial.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica

Beneficios al término del estudio:	Mejorar el cuidado en la formación de médicos residentes

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dr Daniel Hernández Gordillo
Investigador Asociado:	
Colaboradores:	

_____ _____

Nombre, firma y teléfono del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

_____ _____

Nombre, dirección, teléfono, relación y firma

Nombre, dirección, teléfono, relación y firma

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Clave: 2810-009-013

(Anexo 3) Guía entrevista.

Identificación de entrevista: Entrevista (inicial) (final) Sujeto ___/___/____

El objetivo de esta entrevista es conocer tu opinión sobre la falta de cuidado, es decir, el descuido que durante tu formación como especialista has experimentado, nos vamos a centrar en tres temas: jornada de trabajo, descanso y abusos.

Tus respuestas son confidenciales y se utilizaran para obtener resultados estadísticos de manera general, por lo que te pedimos seas sincero cuando expreses tu opinión.

¿Actualmente en qué año de residencia te encuentras?:

□ segundo □ tercero □ cuarto

Vamos a iniciar con la jornada laboral.

1. ¿Cuántas horas a la semana le dedicas a tu formación de especialista?, incluyendo horas hospital y horas extra-hospital.

2. Al dedicarle (las horas que dijo que le dedica) ¿tienes afectaciones o dejas de hacer algunas actividades o sacrificas algo por las horas que le dedicas a tu formación?

   a. Si la respuesta es sí, preguntas ¿Qué sacrifica, podrías si quieres darme un ejemplo? ¿y qué tan frecuente es?

   b. Si la respuesta es no ¿has escuchado alguna afectación en tus compañeros por el tiempo que le dedican a la residencia?

Ahora quiero preguntar sobre tus horas de sueño. Durante una guardia, sé que pueden ser muy diferentes, pero si hicieras un promedio

3. ¿habitualmente cuantas horas puedes dormir? O puedes darme un ejemplo de la guardia en la que más has dormido y en la que menos.

4. ¿De tus compañeros de guardia quienes son los que duermen menos?

5. ¿Has experimentado u observado que alguno de tus compañeros se duerma en actividades en las que debería estar despierto?

   a. Si la respuesta es sí, ¿podrías decirme como en que situaciones? ¿Qué tan frecuente observas esas situaciones?

   b. Si la respuesta es no pasar a la siguiente

Cuando una persona experimenta deprivación de sueño, puede experimentar afectaciones en su desempeño

6. ¿has notado alguna afectación en tu desempeño cuando no has dormido durante la guardia? ¿podrías darme algunos ejemplos? ¿los has notado en alguno de tus compañeros? ¿Podrías darme algunos ejemplos?

Vamos a abordar el último tema, el abuso, que puede ser verbal, físico, académico, sexual y discriminación de género.

7. En este sentido ¿hay algún tipo de abuso en la sede?

    a. Si la respuesta es no: has memoria, ¿hay algún incidente estresante de abuso que recuerdes? Si la respuesta es no, ¿recuerdas abuso en alguno de tus compañeros? O han comentado que se sintieron abusados.

    b. Si responde, sí hay algún tipo de abuso preguntar

8. ¿Cuándo ocurrió? ¿qué tan frecuente ocurre? ¿por quién o quiénes? ¿qué tan importante lo consideras? Si la persona que se está entrevistando es la que sufrió el abuso preguntar ¿Cuánto tiempo te afecto?

Estamos llegando al final de la entrevista

9. ¿deseas agregar algún comentario que consideres importarte respecto a lo que hemos abordado hoy?

10. Con respecto a estos temas, jornada laboral, descanso y abuso ¿hay alguna estrategia de mejora o recomendación que sugieras o consideres debamos implementar?

Fin. Te agradezco la entrevista, tus respuestas ayudarán a mejorar el cuidado de los médicos residentes.

(Anexo 4) Cuestionario ética del cuidado

Antes de responder lee detenidamente cada pregunta, se refieren a que tan frecuentemente has experimentado o consideras que ocurren diversas situaciones de cuidado, no hay respuestas buenas o malas, lo más importante es que seas honesto en tus respuestas. Después de reflexionar sobre lo que has vivido en último año de tu residencia (2021), para cada pregunta debes responder en una escala del 0 al 10, donde cero significa que nunca has vivido esa experiencia y diez significa que siempre has vivido esa experiencia, y a continuación se te pide escribir una explicación del motivo o motivos de tu puntuación.

1. **Considero que me permitió el cuidado de mi persona**

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

2. **Considero que cuide de mis compañeros**

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

3. **Me sentí cuidado por mis compañeros de grado superior**

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

4. Me sentí cuidado por mis compañeros de grado inferior

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

5. Me sentí cuidado por mis compañeros del mismo grado

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

6. Considero que las relaciones entre los residentes son relaciones ganar – ganar

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

7. Cuando comía en las guardias lo hacía acompañado

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

8. Considero que las relaciones entre residentes de distinto grado son de amistad

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

9. Considero que entre residentes de distinto grado existió solidaridad

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

10. Considero que entre residentes hay compasión (compasión: compartir la pasión del otro y con el otro, sufrir con él, alegrarse con él, andar el camino con él, para hacer frente al sufrimiento)

Nunca 0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10 siempre

¿Por qué?

(Anexo 5). Carta de confidencialidad

Carta de Confidencialidad

Guadalajara, Jalisco a__20 de junio_2022

El C. Dr. Daniel Hernández Gordillo del proyecto titulado "Convivencia como herramienta para desarrollar la ética del cuidado en médicos residentes del servicio de neumología del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de occidente", con domicilio ubicado en AV. Belisario Domínguez No. 1000, Colonia Independencia. C. P. Guadalajara, Jalisco; a _20 de junio___ del 2022, me comprometo a resguardar, mantener, la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos, expedientes, reportes, estudios, actas, resoluciones, oficios, correspondencia, acuerdos, directivas, directrices, circulares, contratos, convenios, instructivo, notas, memorandos, archivos físicos y/o electrónicos, estadísticas o bien cualquier otros registro o información que documente el ejercicio de las facultades para la evaluación de los protocolos de investigación, a que tenga accesos de mi carácter de investigador responsable, así como no difundir, distribuir o comercializar con los datos personales contenidos en los sistemas de información, desarrollados en el ejercicio de mis funciones como investigador responsable.
Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se estará acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal del Estado de Jalisco, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, y demás disposiciones aplicables a la materia

Así mismo los investigadores declaran no tener conflicto de interés.

Acepto

Dr. Daniel Hernández Gordillo
Investigador Responsable

Dra. Olivia Guadalupe Penilla Núñez
Directora de tesis

Dra. Bertha Nachelly Orozco González
Investigadora Asociada

Dra. María del Pilar Rodríguez Martínez
Investigadora Asociada

Anexo 6. Planeación de sesiones

Sesión no. 1 etiquetas

Actividad. Las etiquetas. Comunicación y consenso		
Materiales necesarios	Descripción de la actividad	Tiempo
Etiquetas pequeñas marcadas con un punto de diferente color o formas geométricas	Caminar libremente por la sala con los ojos cerrados y en silencio. Cuando el facilitador lo indique todos se quedan donde están, en silencio y con los ojos cerrados. El facilitador coloca una etiqueta en la frente de cada una de las personas, puede quedarse una o dos personas sin etiqueta. Una vez que se han puesto las etiquetas todos abren los ojos y se pide al grupo que, en completo silencio, “se organicen”. Termina la dinámica cuando ya nadie se mueva y todos están conformes con el sitio que eligieron. Preguntas para facilitar la reflexión ¿De qué manera nos organizamos? ¿Cómo nos dimos cuenta del grupo que nos tocaba? ¿Qué se sintió quien no tenía etiqueta? ¿cómo se sintió quien encontró rápido a su grupo? ¿De qué otras maneras pudimos habernos organizado?	10 min instrucciones y colocación de etiquetas Hasta 20 min tiempo para organizarse 30 min reflexión

Sesión no. 2 letra T

Actividad. Las etiquetas. Comunicación y consenso		
Materiales necesarios	Descripción de la actividad	Tiempo
Rompecabezas de papel con 5 piezas formando una letra T. Figura letra T completa	Se forman equipos de tres personas, una persona será emisor, otro receptor y otra observadora. Se sentarán uno frente a otro emisor – receptor en una mesa con una división de tal forma que no puedan ver la superficie de la mesa del compañero de enfrente. El observador se sienta a un lado, frente a la división de la mesa, de tal forma que pueda observar ambas superficies de la mesa. Las instrucciones son las siguientes: El emisor le dará instrucciones verbales al receptor para que arme una figura idéntica a la que se le proporciona. No puede mostrar la figura, ni hacer señales con las manos, únicamente instrucciones verbales.	10 min instrucciones y colocación de etiquetas Hasta 20 min para completar la tarea. 30 min reflexión

	El receptor tendrá las 5 piezas del rompecabezas e intentará armar el rompecabezas siguiendo las indicaciones de su compañero, puede hablar pidiendo instrucciones, pero no puede mostrar las piezas, sólo comunicación verbal. El observador tendrá una libreta donde anotará como se desarrollo la dinámica entre las personas, que dificultades observo, que aciertos observo. Preguntas para la reflexión: ¿Qué observaste en el otro? ¿Qué fue lo que más se les dificulto para conseguir la tarea? ¿Qué fue lo que ayudo a conseguir la tarea? ¿Qué te llevas de este ejercicio para tu práctica clínica y tus relaciones con tus compañeros?	

Sesión no. 3 estropajo – esponja

Objetivo: Identificar mis comportamientos estropajo, abrasivos que pueden incluso llegar a raspar a las personas y mis comportamientos esponja, suaves, hospitalarios.
Participantes
Residentes de neumología
Facilitador certificado nivel básico círculos de paz.
Cofacilitador profesora de neumología.
La invitación es personal de manera verbal y recordatorio vía mensaje de texto.
Materiales necesarios: centro con logotipo, como pieza del habla fibra esponja.
Actividad de bienvenida: aquietar la mente haciendo respiraciones
Creando confianza: empezamos con comentarios de donde hemos usado o para que usamos la fibra esponja.
Tema central:
1era ronda. En que notamos que somos estropajo o esponja para los demás. Y ¿cómo reaccionan los demás cuando somos estropajo y cuando somos esponja?
2da roda. ¿cómo te sentiste cuando te dieron un trato estropajo y como te sentiste con un trato esponja? ¿cómo es un lugar de trabajo esponja?
Cierre:
¿cómo podemos fomentar relaciones esponja?
elegir alguna de las preguntas ¿Con que te vas el día de hoy? ¿Agradecer a la persona que esta a tu lado? ¿qué ganaste el día de hoy?

Sesión no. 4 sesión análisis de caso real

Desarrollo de la actividad		
Materiales necesarios	Descripción de la actividad	Tiempo

Reglamento sobre faltas a la actividad clínica complementaria. Sesión en aula.	1. Se pide a los residentes que se sientes en pequeños círculos con los integrantes de su guardia, en nuestro caso 4 equipos. Se reparte a cada equipo tiene la página del reglamento en la que describe la sanción (deberes y obligación, ética de la justicia) por faltar a una guardia. 2. El facilitador lee el caso: Una guardia de sábado llegas a recibir guardia, tus compañeros de menor grado no han llegado, tu sabes que pueden estar dormidos, sabes que anoche tuvieron fiesta. Conoces el reglamento y sabes la sanción que trae faltar a la guardia. ¿Qué haces? ¿cómo se escucharon entre ustedes? ¿la solución que externan fue consenso? ¿hubo persuasión de algo? 3. En general hay dos elecciones encubrir la falta, no denunciarlo a las autoridades o denunciar la falta de su compañero (dos faltas en un mes son motivo de baja) si deciden no denunciarlo se les dice que al estar solos no pudieron atender a dos pacientes graves y uno de ellos muere, en ese momento denuncias la falta de tu compañero o continúas encubriendo o ¿qué haces? si deciden denunciarlo se les pide reflexionar sobre los motivos que tomaron en consideración para hacerlo, fue solo la ética de la justicia, obligación y deber o tomaron en cuenta temas de cuidado como pensar en las consecuencias que tiene para la persona que falto y para el cuidado de los pacientes. 4. Reflexiones finales por equipo	Dos rondas de 20 min. Final 5 – 10 min.

Sesión no. 5 cobija

Objetivo: Recordar una experiencia positiva para anclar al presente los sentimientos y el cuidado que sentimos.
Participantes
Residentes de neumología
Facilitador certificado nivel básico círculos de paz.
La invitación es personal de manera verbal y recordatorio vía mensaje de texto.
Materiales necesarios: centro con logotipo, como pieza del habla.
Actividad de bienvenida: aquietar la mente

Creando confianza: Hablamos del clima y como comienza la época de frío. Introducimos que nos abrigamos.
Tema central:
1era ronda. Piensa en una experiencia positiva asociada a una cobija, estabas con alguien, si estabas solo piensa en quien te cobijo, como te sentiste. No es necesario que se compartan estas experiencias, solo pensarlas.
2da ronda. Resume en una breve frase, en una breve expresión, en uno o dos valores esa experiencia y cómo te sentiste. Escriben la frase en una tarjeta y la dejan en el centro.
3era. Ronda. Con las frases que han escrito y han dejado en el centro, cada uno toma una tarjeta y se le pedirá que diga porqué cree que han escrito eso, si quiere el que la escribió puede compartir si se parece o quiere abonar algo a lo dicho.
Cierre:
¿cómo podemos ser cobija para los demás?
elegir alguna de las preguntas ¿Con que te vas el día de hoy? ¿Agradecer a la persona que esta a tu lado? ¿qué ganaste el día de hoy?

Sesión no. 6 radar y submarinos

Actividad. Las etiquetas. Comunicación y consenso		
Materiales necesarios	Descripción de la actividad	Tiempo
Actividad al aire libre, venda para los ojos para la mitad de los participantes.	La mitad del grupo será el radar y la otra mitad será guiados para llegar a puerto, es decir, encontrarse con su pareja. Se pide que se organicen en parejas, una vez en parejas a uno se le venda los ojos y se les traslada a varios pasos de distancia del grupo, lo mismo con cada uno de los integrantes de las parejas. El resto del grupo se quedan en grupo en un mismo lugar y se les da la siguiente indicación. Llamarán y guiarán solo con la voz a su pareja, hasta que logren unirse. Deben cuidar que no se lastimen en la travesía. Posteriormente se invierten los papeles y quienes fueron radar ahora serán guiados Preguntas para facilitar la reflexión ¿qué fue lo que se me dificulto de esta actividad? ¿Qué me ayudo a conseguir el objetivo? ¿con qué me quedó de esta actividad?	10 min instrucciones y grupos Diez minutos para primera ronda. Diez minutos para segunda ronda. 20 min reflexión

Sesión no. 7 Cualidades

Objetivo: visualizar las cualidades mis compañeros
Participantes
Residentes de neumología
Facilitador certificado nivel básico círculos de paz.
La invitación es personal de manera verbal y recordatorio vía mensaje de texto.
Materiales necesarios: hojas blancas de opalina tamaño oficio, plumones de colores.
Actividad de bienvenida: aquietar la mente
Creando confianza: Recordar que en la última actividad quedamos en observar las cualidades de nuestros compañeros, pues hoy trabajaremos con esas cualidades
Tema central:
1era ronda. Cada uno tiene ya una hoja de papel, dibujara en ella sólo el contorno de su rostro sin ojos ni orejas ni boca, solo el contorno, anotaras en la hoja soy … la hoja entonces tiene el contorno de tu rostro y tu nombre y pasaremos la hoja al compañero que tenemos al lado y él le dibujara otro elemento para ir formando nuestro retrato con las cualidades que observan en nosotros. Puedes dibujar uno o dos cualidades, trata de que sea en dibujo y en caso necesario le agregas texto, pero prioriza el dibujo. Al terminar pasa la hoja a la derecha y recibe la hoja de la izquierda.
2da ronda. Observa tu retrato con las cualidades que los otros han observado en ti, de pie y en voz alta, mostrando tu retrato a los integrantes di “soy tu nombre y mis cualidades son...” si hay alguna expresión o dibujo que no entiendas a que se refiere dilo y los integrantes del circulo diremos que es lo que creemos que significa y quien lo dibujo dirá porque
Cierre: Completen este retrato con las cualidades que ustedes saben que tienen y no fueron plasmadas, cuando necesitemos 15 min de fama observemos nuestro retrato y repasemos nuestras cualidades.
¿Con que te vas el día de hoy?

Sesión no. 8 Gato y Ratón

Objetivo: Reflexionar sobre las relaciones de superioridad, opresión-sumisión; para lograr una relación equilibrada.
Participantes
Residentes de neumología
Facilitador certificado nivel básico círculos de paz.
Cofacilitador profesora de neumología.
La invitación es personal de manera verbal y recordatorio vía mensaje de texto.
Material a utilizar: centro con logotipo, pieza del habla.
Actividad de bienvenida: aquietar la mente haciendo respiraciones.
Creando confianza: Felicitamos a los R4 que aprobaron su tesis, felicitamos a los R3 que pasan a R4 y visualizamos el gran trabajo de los R2 que en semanas serán R3.
Tema central: La promoción de grado y la llegada de los nuevos residentes.
El facilitador lee el siguiente fragmento:
“cierra los ojos e imagina que sales de esta aula y caminas por una acera muy larga, llegas a la reja de una vieja casa abandonada… Brincas la reja y tomas el camino que conduce a la casa… Subes las

escaleras de la puerta de entrada… Empujas la puerta, que abre rechinando y recorres con la mirada el interior de una habitación oscura y vacía.

1. De repente te sientes invadido por una extraña sensación. Tu cuerpo empieza a temblar y tiritar y sientes que te vas haciendo cada vez más pequeño. De momento no llegas nada más que a la altura del marco de la ventana. Continúas disminuyendo hasta el punto de que parece que el techo está ahora muy lejano, muy alto. Ya sólo eres del tamaño de un libro y continúas empequeñeciendo.

(silencio)

2. Notas ahora que cambias de forma. Tu nariz se alarga cada vez más y tu cuerpo se llena de pelo. En este momento estás a cuatro patas y comprendes que te has transformado en ratón.

(silencio)

3. Mira a tu alrededor, desde tu situación de ratón. Te encuentras ubicado en un extremo de la habitación. Ves que la puerta se mueve ligeramente.
4. Entra un gato. Se sienta y mira a su alrededor muy lentamente, con aire indiferente. Se levanta y avanza tranquilamente por la habitación. Te quedas inmóvil, petrificado. Oyes latir tu corazón; tu respiración se vuelve entrecortada. Miras al gato.
5. Acaba de verte y se dirige a ti. Se aproxima lentamente, muy lentamente. Después se para delante de ti, se agacha. ¿Qué sientes?, ¿qué puedes hacer en este preciso instante?, ¿qué alternativas tienes?

(largo silencio)

6. Justo en el momento en el que el gato se dispone a lanzarse sobre ti, ambos empiezan a temblar. Sienten que se transforman de nuevo. Esta vez creces. El gato parece hacerse más pequeño y cambia de forma. Ahora tiene la misma estatura que tú… y ahora es más pequeñito.

(largo silencio)

7. El gato se transforma en ratón y tú te conviertes en gato. ¿cómo te sientes ahora que eres grande? Y ahora que no estás acorralado ¿qué te parece el ratón?, ¿sabes lo que siente el ratón?, y tú ¿qué sientes ahora? Decide lo que vas a hacer y hazlo… ¿cómo te sientes ahora?

(silencio)

8. Todo vuelve a empezar. La metamorfosis. Creces más y más. Ya casi has recuperado tu estatura y ahora eres otra vez la misma persona. Sales de la casa abandonada y vuelves a esta sala. Abres los ojos y miras a tu alrededor.

Ronda puesta en común: Reflexionamos sobre lo que ocurre en las relaciones cuando una persona se encuentra en situación de superioridad o de inferioridad, se analiza la relación que existe entre la fuerza y el derecho.

Cierre: elegir alguna de las preguntas ¿Con que te vas el día de hoy? ¿Agradecer a la persona que esta a tu lado? ¿qué ganaste el día de hoy?

Nos despedimos mirando a los ojos agradeciendo en silencio la apertura de participar en el círculo.

Sesión no. 9

Circulo de dialogo construyendo juntos.

Objetivo: Favorecer el desarrollo de trabajo colaborativo y tolerancia

Participantes

Residentes de neumología
Facilitador certificado nivel básico círculos de paz.
Cofacilitador profesora de neumología.
La invitación es personal de manera verbal y recordatorio vía mensaje de texto.
Material a utilizar: centro con logotipo, pieza del habla, varios fragmentos de ramas de árboles o pedazos de madera.
Actividad de bienvenida: aquietar la mente haciendo respiraciones
Creando confianza: Compartir recuerdos de las dinámicas pasadas.
Tema central:
El facilitador da las siguientes instrucciones:
En esta bolsa hay una serie de objetos, cada uno puede sacar los objetos que quiera y debe construir algo, lo que sea que su imaginación le dicte, en el centro del círculo, y pasa la pieza del habla a su compañero y este puede agregar objetos a la creación, quitar objetos o dejarla como esta. No pueden hablar ni realizar señas a sus compañeros. Se pueden realizar tantas rondas como sean necesarias, hasta que todos estén de acuerdo con la creación en el centro, si estas de acuerdo y no quieres mover nada, solo pasas la pieza del habla.
Cuando logren la tarea una ronda de cómo se sintieron con el ejercicio.
Cierre: elegir alguna de las preguntas ¿Con que te vas el día de hoy? ¿Agradecer a la persona que esta a tu lado? ¿qué ganaste el día de hoy?
Nos despedimos mirando a los ojos agradeciendo en silencio la apertura de participar en el círculo.