

01081
1

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Filosofía y Letras
Instituto de Investigaciones Antropológicas

EL AUTOCUIDADO EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Tesis para obtener el grado de
Doctora en Antropología que presenta

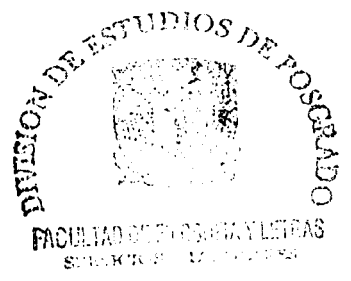
MA. DE LA LUZ ARENAS MONREAL

Comité Tutorial:

Director
Dr. Roberto Campos Navarro
Asesores
Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama
Dr. Carlos Viesca Treviño

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, octubre de 2003





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Para las luces que iluminan
mi camino: Rogelio, Manuel
y Jazmín.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

	1
1.1 Un primer acercamiento	1
1.2 Problema de investigación	2
1.3 Objetivos e hipótesis	4
1.3.1 Objetivos generales	
1.3.2 Objetivos específicos	
1.3.4 Hipótesis	
1.4 Justificación	6
1.5 La estructura de la tesis	7

CAPITULO II. CONSIDERACIONES TEÓRICAS

2.1 Reflexión teórica sobre el modelo de formación de los médicos/cas y la prevención/curación	10
2.1.1 El modelo médico hegemónico y el modelo de formación de los médicos	10
2.1.2 Conceptos de riesgo y estilo de vida. Su utilización en el contexto de la salud	13
2.1.2.1 Estilo de vida	13
2.1.2.2 Riesgo	15
2.1.2.3 Resiliencia y factores de protección	19
2.1.3 Autocuidado.	
2.1.3.1 Análisis conceptual	21
2.1.3.1 Ubicación dentro del marco de promoción de la salud	24
2.1.3.3 Cultura y autocuidado	27
2.2 Antecedentes de investigación sobre el autocuidado de los médicos/cas	33
2.3 Conceptos principales	36

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III. ACERCA DE LA METODOLOGÍA

3.1 Reflexiones que dan sustento a la metodología	42
3.2 Actores, espacios y técnicas de investigación: cuestionario, entrevistas en profundidad y observación	44
3.3 Plan de análisis	48

CAPITULO IV. CONTEXTO Y UBICACIÓN DE LOS ACTORES/ACTRICES DEL ESTUDIO.

4.1 Características sociodemográficas	53
4.2 Características de la salud física, emocional y vida de relación	53
4.3 Características de la salud física, médicos y no médicos	55
4.4 Características de la salud emocional y vida de relación.	60
4.5 Autocuidado y género	64
4.6 Descripción de los casos que rehusaron contestar el cuestionario	67

CAPITULO V. DESENTRAÑANDO LOS SIGNIFICADOS DEL AUTOCUIDADO.

5.1 Del ayer al ahora	
5.1.1 Cambios en el autocuidado con la edad	70
5.1.2 Familia de origen	73
5.2 Profesión y espacio institucional	75
5.2.1 Influencia de la profesión	
5.2.2 Semejanzas y diferencias del autocuidado	
5.2.3 Facilidades y obstáculos de la profesión para el autocuidado	
5.2.4 La institución laboral y el autocuidado	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO VI. EL AUTOCUIDADO EN LA VIDA COTIDIANA.

6.1 Salud física	86
6.1.1 Rutina de la vida cotidiana	
6.1.2 Ejercicio físico	
6.1.3 Alimentación	
6.1.4 Sueño/vigilia, descanso	
6.1.5 Revisiones médicas. Papanicolaou, autoexploración de mamas, revisión prostática...	
6.1.6 Asistencia al dentista	
6.1.7 Consumo de tabaco	
6.1.8 Consumo de bebidas alcohólicas	
6.1.9 Traslados viales: chofer/peatón	
6.2 Salud emocional	104
6.2.1 Estado de ánimo habitual	
6.2.2 Fuentes de estrés	
6.2.3 Identificación de conflictos	
6.2.4 Manejo de conflictos	
6.2.5 Sexualidad	
6.2.6 Satisfacción/insatisfacción general	
6.2.7 Proyecto de vida, objetivos y expectativas.	
6.3 Salud del área social	118
6.3.1 Actividades de esparcimiento y recreación	
6.3.2 Apoyo para el autocuidado	
6.3.3 Apoyo para el cuidado de otros	

CAPITULO VII. REFLEXIONES FINALES

7.1 Médicos/as y autocuidado: “en casa del herrero azadón de palo”	135
7.2 Del decir al hacer y “las modificaciones del estilo de vida”	137
7.3 Las mujeres profesionistas y el papel de cuidadoras de los otros	138
7.4 El autocuidado y las prácticas de cada día	139
7.5 Recomendaciones	140
7.5 Nuevas líneas de investigación.	143

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

144

ANEXOS.

1. Glosario de términos	150
2. Cuestionario	153
3. Guía de entrevista	163
4. Características de los entrevistados	165

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1 Autocuidado. Dimensión física	38
Cuadro No. 2 Autocuidado. Dimensión emocional y social	39
Cuadro No. 3 Criterios de selección y características de los entrevistados	48
Cuadro No. 4 Características de la salud emocional y vida de relación de médicos y no médicos	55
Cuadro No. 5 Variables con significancia estadística en las áreas física, emocional y vida de relación de médicos y no médicos	62
Cuadro No. 6 Características del autocuidado de médicos/as y no médicos/as	63
Cuadro No. 7 Autocuidado de hombres y mujeres	66
Cuadro No. 8 Aspectos que influyen en el autocuidado en ambos grupos	126
Cuadro 9. Factores de protección y de riesgo en el grupo de médicos y no médicos	128

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1	
Características del área física: médicos y no médicos	57
Gráfica 2	
Papanicolaou y autoexploración: médicas y no médicas	58
Gráfica 3	
Sexo seguro, tabaquismo y ejercicio físico en médicos y no médicos	59
Gráfica 4.	
Normas de vitalidad y asistencia al dentista: médicos y no médicos	60
Gráfica 5.	
Características del área emocional y vida de relación. médicos y no médicos	61

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Un primer acercamiento

En este estudio se analizó de qué manera un grupo de médicos y otro grupo de no médicos, pero ambos profesionistas universitarios, se prodigan cuidados para potenciar y conservar la salud. Inicié esta investigación en agosto de 1998 después de varios años de reflexión teórica y práctica en promoción y educación para la salud.

Algunos hechos fueron centrales para mi acercamiento a la antropología. Durante muchos años he trabajado con organizaciones civiles y grupos de colonos en proyectos de promoción de la salud y a partir de 1994 he estado en permanente contacto a través de la docencia con grupos de médicos y enfermeras que acuden al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para realizar maestría o especialización en salud pública. Aunque son dos espacios diferentes, uno el ámbito comunitario y el otro académico, en ambos sitios surgieron reflexiones e inquietudes para profundizar en el análisis conceptual de la promoción de la salud y sobre cuestiones muy concretas relacionadas con ésta, tales como:

- 1) El esquema clásico de modificación de conductas propuesto desde la tradicional educación para la salud, después de muchos años de trabajo con mujeres y con población en general me resultaba (y me resulta aún más ahora) totalmente inapropiado.
- 2) Estancias en distintas comunidades del país me hicieron reflexionar acerca de las carencias que tengo en mi formación académica para lograr comprender, lo que en antropología se llama “el punto de vista de los otros o del actor” y manejar herramientas antropológicas que contribuyan a mejorar el trabajo en promoción de la salud.

3) Durante la permanencia en hospitales y clínicas, en mi formación de pregrado y posgrado en la especialidad de medicina familiar y después en la interrelación con colegas y los alumnos en el INSP; todo esto en conjunto permitió reflexionar que los médicos/cas no predicamos con el ejemplo. Hay una brecha importante entre lo que decimos y lo que hacemos para cuidar nuestra salud. Por un lado se encuentra el discurso que le decimos a la población y por el otro nuestras prácticas personales de autocuidado.

Primero desde la clínica y ahora en el trabajo comunitario en promoción de la salud, la docencia y la investigación, el interés fundamental al acercarme a la antropología fue ampliar el horizonte de comprensión y no quedarme sólo con mis referencias desde la perspectiva biomédica. Este proyecto de investigación surgió, con la idea de profundizar teóricamente en los distintos elementos que integran la promoción de la salud y en específico en el autocuidado en la profesión médica.

1.2 El problema de investigación.

Se inició la presente investigación cuando tuve la oportunidad de ingresar al programa de doctorado en antropología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El interés se centró en el autocuidado, un aspecto que es utilizado en múltiples ocasiones dentro de los programas de salud y usado de manera frecuente como un recurso que las propias personas “debieran” hacer para resolver sus problemas de salud-enfermedad; sin embargo, existe muy poco avance teórico de las implicaciones que conlleva el autocuidado en sí mismo. Por tal razón se trató de ahondar en reflexiones alrededor de los significados que llevan a las personas a realizar o no; determinadas acciones para cuidar de sí mismos y potenciar su salud y decidí centrarme en los médicos, personajes que junto con las enfermeras son

mayoritariamente, aunque no los únicos, quienes dictan la manera en que la población debe de comportarse para cuidar su salud.

Por cuestiones de tiempo y recursos, se limitó el estudio a médicos/cas de dos espacios institucionales en el estado de Morelos: el INSP y el Hospital de Cuautla. Se dejaron fuera para futuras investigaciones, a las enfermeras y a otros trabajadores de la salud.

El estudio se centró en estudiar los significados que los médicos/cas le atribuyen a sus propias acciones dirigidas a cuidar o descuidar su propio cuerpo. Mi experiencia personal y mi propio autocuidado fueron parte también de este afán por comprender mejor el entramado que separa los conocimientos técnicos de las prácticas concretas que para cuidar su propia salud realizamos los médicos/as.

Tengo la idea de que la propia formación biomédica, la manera en que hemos sido capacitados desde las etapas de estudiantes de licenciatura y posgrado, contribuye de manera importante para tener una visión biologizada del proceso salud-enfermedad, dirigida sobre todo al aspecto curativo, con limitaciones precisas para integrar la prevención, no sólo en las acciones que se realizan con la población, sino consigo mismos

El planteamiento metodológico ha consistido en combinar la aplicación de un cuestionario exploratorio y diagnóstico que diera información cuantitativa del autocuidado, con entrevistas en profundidad y un estudio etnográfico. En el análisis del material recolectado con éstas últimas se intentó realizar lo que Clifford Geertz llama una descripción densa, es decir, desentrañar los significados y las motivaciones acerca del autocuidado, que subyacen en un grupo de personas que poseen amplios conocimientos sobre la salud humana.

Como producto de la reflexión acerca de las contribuciones de este estudio considero, en primer lugar, que esta investigación aporta elementos para profundizar en el análisis antropológico y social del autocuidado. Una segunda contribución importante ha sido conmigo misma: me fortaleció teóricamente con elementos de la promoción de la salud y el

autocuidado y permitió la reflexión acerca de mis propias prácticas de cuidado de la salud y de la perspectiva que tengo del mundo.

1.3 Objetivos e hipótesis

1.3.1 Objetivos generales

1. Analizar el autocuidado de médicos/as implicados en el acto de cuidar la salud y atender la enfermedad, se consideró para el análisis la influencia que ejerce el género y el tipo de especialidad médica a la que se dedican, así como el área a la que se le otorga mayor importancia en el autocuidado que se brindan. Interesa asimismo analizar los significados y motivaciones de este grupo acerca del autocuidado así como las circunstancias que lo rodean.

2. Comparar el autocuidado que se prodigan los profesionistas de la salud con el que se proporcionan profesionistas universitarios de áreas ajenas al ámbito de la salud. Analizar asimismo con este último grupo de qué manera influye en el autocuidado el género e indagar cuál es el área predominante de autocuidado, así como los significados, motivaciones y circunstancias que giran alrededor de este evento.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Analizar el autocuidado que se brinda el grupo de médicos/cas, comparándolo con el que se proporcionan otros profesionistas universitarios, reconociendo las características del autocuidado y las posibles diferencias que puedan existir de acuerdo con el género y entre ambos grupos.

2. Analizar la existencia de posibles diferencias en el autocuidado que se brindan los médicos/cas, de acuerdo con la especialidad médica (medicina familiar, salud pública, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía general, medicina interna).

3. Analizar los significados que le atribuyen al autocuidado los médicos/cas y los profesionistas universitarios, centrándose en los motivos que los conducen a realizar o dejar de hacer acciones de autocuidado, así como las circunstancias que rodean dichos actos en estos grupos de población.

4 Analizar los aspectos culturales y sociales que intervienen en el autocuidado que se prodigan los médicos/cas, quienes poseen conocimientos técnicos para tal fin.

5 Analizar cuál de las áreas (física, emocional y vida de relación) tiene mayor prioridad e importancia en el autocuidado que se proporcionan médicos/cas, comparando estos datos con las áreas principales de autocuidado de los profesionistas universitarios, indagando cuáles pueden ser las causas de dicho predominio en cada uno de los grupos.

1.3.3 Hipótesis

1. Los médicos y profesionistas universitarios (hombres) por su condición de género se cuidan más que las médicas y mujeres profesionistas universitarias. La razón por la que se cuidan más los hombres se debe a que el autocuidado se favorece y facilita para ellos en el contexto familiar y social.

2. Los profesionales de la salud no se cuidan significativamente más que el resto de la población con formación universitaria.

3. Se brindan mayor autocuidado aquellos médicos/cas cuyas especialidades se relacionan con la promoción y cuidado a la salud como: salud pública, medicina familiar que aquellos dedicados a las especialidades básicas del segundo nivel de atención.

4. Los médicos/cas a diferencia de los profesionistas universitarios, cuidan más el área física que las áreas emocional y social.

1.4 Justificación.

Las reflexiones y la experiencia surgida del contacto con promotores y profesionistas de la salud acerca de sus saberes y prácticas alrededor de la promoción de la salud y el autocuidado, permitió visualizar una paradoja: quienes son los encargados de cuidar y prevenir las dolencias de la población, parece ser que realizan una práctica de autocuidado que no se diferencia de manera sustancial del resto de las personas no relacionadas con el área de la salud, en ese sentido la percepción es que dichos profesionistas no tienen conductas interiorizadas y prácticas saludables, de tal manera que el interés fue documentar y aportar elementos que sustenten científica y de manera empírica esta percepción.

Tener información fundamentada acerca del autocuidado que se brindan los médicos puede tener aplicaciones en varios niveles:

a) En primer lugar, los propios involucrados en esta problemática. Esta información puede ser motivo de autoreflexión y ser el punto de partida para iniciar prácticas y acciones saludables.

b) Por otro lado, para las instituciones de salud, contar con información de este tipo le puede permitir iniciar, continuar o reforzar programas dirigidos a este grupo de profesionistas, aspecto que puede favorecer de forma indirecta la salud de la población. Existe información

que señala que cuando un médico tiene adicción al tabaco difícilmente aconseja a sus pacientes a que abandonen esta adicción. Así en la medida que los médicos tengan prácticas más saludables, la población también se beneficiará.

1.5. La estructura del trabajo

Se presenta el trabajo de la siguiente manera: en el capítulo I se muestra un bosquejo general de las preguntas de investigación, objetivos e hipótesis que guiaron la presente investigación.

En el capítulo II se abordan cuestiones teóricas de la investigación, entre otras se revisan temas relacionados con la formación de los médicos, este aspecto se centra en lo que Eduardo Menéndez llama el *Modelo médico hegemónico*, también se plantea una discusión alrededor de los conceptos de estilo de vida, riesgo, factores de protección y resiliencia dentro del ámbito de la salud y la manera en que han sido abordados conceptualmente y en la práctica por el pensamiento epidemiológico. Se analiza el término de *habitus* y el de vulnerabilidad, con la finalidad de profundizar en la comprensión del autocuidado. Finalmente se realiza un análisis del autocuidado desde de la perspectiva actual de promoción de la salud y de la cultura.

El capítulo III trata de la metodología y de los elementos teórico-metodológicos con los que se fundamenta este trabajo, se describen detalladamente los procedimientos y los instrumentos utilizados para la investigación y la forma en que se realizó el análisis.

El capítulo IV presenta los resultados que se obtuvieron con el cuestionario y proporciona de manera general las características de autocuidado de los médicos *versus* el grupo de no médicos.

Los capítulos V y VI están elaborados a partir de las entrevistas en profundidad y el diario de campo, ahí se presenta el análisis de los significados y motivaciones que llevan a los

médicos/cas y a los no médicos/cas a realizar o no determinadas pautas de autocuidado. Se analizaron las circunstancias socioeconómicas y culturales inmersas en el proceso del autocuidado y las semejanzas y diferencias entre uno y otro grupo.

En el capítulo VII se presentan las consideraciones finales y aportes de esta investigación, así como las recomendaciones, limitaciones del estudio y las líneas de investigación que surgen a partir de esta experiencia.

Al final del trabajo se presenta una serie de anexos: 1) un glosario con términos empleados en este trabajo, 2) el cuestionario, 3) la guía de la entrevista y 4) un concentrado de las características generales de los entrevistados/as

Realicé la investigación con el apoyo de la UNAM, el CONACYT y el INSP. El marco institucional del Instituto de Investigaciones Antropológicas proporcionó de manera oportuna el apoyo académico que necesite para el desarrollo de la investigación. Mi ingreso al curso propedéutico en 1997 fue facilitado por el Dr. Carlos Serrano quien desde el inicio me brindó su apoyo y confianza para el proyecto de tesis que le presenté. Su atinada intervención durante el desarrollo de ese curso académico contribuyó para mi ingreso en el programa del doctorado, por tal motivo deseo manifestarle mi agradecimiento. De CONACYT recibí una beca que me facilitó el trabajo y un compromiso para concluirlo. En el INSP recibí apoyo de parte de las directoras de la Dirección de Salud Comunitaria y Bienestar Social, Florinda Riquer F. (período 1999-2000) y de Nelly Salgado de Snyder (2001-2003).

Agradezco a la directora del Hospital General de Cuautla Ludmila Vite por las facilidades para la realización de este trabajo.

En particular agradezco a mi comité tutorial: Roberto Campos Navarro, Luis Alberto Vargas y Carlos Viesca; ellos no sólo me apoyaron para concretar mis ideas en un trabajo académico sino que aprendí una enseñanza para la vida a través del trato solidario, fraterno y respetuoso que siempre tuvieron conmigo. La manera en que ellos ejercen la docencia me ha hecho reflexionar en mi propio papel de docente y procuro poner en práctica sus enseñanzas con mis alumnos.

Este trabajo se vio enriquecido por los apoyos incondicionales, los comentarios oportunos y la crítica constructiva de los integrantes del jurado de tesis: Carlos Serrano, Araceli Colín y Rosa Ma. Osorio y por amigas/os entrañables: Isabel Hernández Tezoquipa, Pastor Bonilla F., Blanca Corrales T. y Rosario Valdez S.; con todos ellos estoy en deuda y les reiteró mi agradecimiento.

Esta tesis no se hubiera concretado sin la fortaleza, el cariño y el acompañamiento solidario de mis tres acompañantes en la ruta de la vida: Rogelio, Manuel y Jazmín; por tal motivo este trabajo también les pertenece.

Finalmente agradezco a mis colegas y compañeros que accedieron a contestar el cuestionario y a compartir su historia conmigo para la realización de este trabajo.

CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES TEÓRICAS.

2.1 Reflexión teórica sobre el modelo de formación de los médicos/cas y la prevención/curación.

2.1.1 El modelo médico hegemónico y la formación de los médicos.

"La práctica, la manipulación se unirán a los preceptos teóricos. Los alumnos se ejercitarán en los experimentos químicos, en las disecciones anatómicas, en las operaciones quirúrgicas, en los aparatos. Poco leer, mucho ver y mucho hacer"

Fourcroy

Al cuestionarme sobre la manera como los médicos/cas se cuidan a sí mismos, se partió del supuesto de que su propia formación académica y el modelo médico en el que han sido formados influye en sus prácticas profesionales tanto para con la población que atienden como con ellos mismos. En ese sentido el análisis planteado por E. Menéndez de lo que él denomina el *Modelo médico hegemónico* (MMH) me ha permitido encontrar pautas para comprender el proceder de los médicos en su relación con el autocuidado (Menéndez, 1983:5; 1990b:96-111; 1992:102)

Los primeros antecedentes en la formación institucional de los médicos los encontramos en el siglo X con la fundación de la escuela médica de Salerno, a partir de la cuál se fundaron otras universidades en Europa en los siguientes siglos. Este hecho tiene importancia dado que sólo se permitía ejercer esta profesión a quienes habían aprobado los requisitos marcados en estas escuelas, posterior a lo cuál se les otorgaba la licencia (Sigerist, 1974:24-6; Foucault, 1996:118-123).

Sigerist, señala que durante la Edad Media las profesiones, y entre ellas la medicina, estaban más ligadas a la vocación, como una misión divina con un componente de servicio hacia los demás. Este hecho se modifica con el capitalismo y la diversificación del trabajo; así la medicina se orienta más hacia cuestiones económicas y de oportunidad, la profesión es vista más como un medio para ganarse la vida, aunque aún conserva un componente de

servicio. Se coincide con este autor cuando señala que “el modelo ideal médico varía considerablemente, en los distintos períodos de la historia, de acuerdo con la estructura de la sociedad en cada época y su concepción general del mundo” (Sigerist, 1994:19). Así la medicina durante el capitalismo cumple funciones específicas que están relacionadas con la productividad y las ganancias que generan los trabajadores, así, lo que antes se consideraba un servicio o la atención a los enfermos por caridad, se transforma en la sociedad capitalista y estos aspectos disminuyen, predominando la cuestión económica.

México, como país capitalista subdesarrollado y dependiente de las políticas y líneas que se dictan en el exterior ha adoptado a lo largo del tiempo distintos enfoques para la enseñanza de la medicina. Durante el siglo XIX ésta estuvo influida por el método clínico y la práctica médica de Francia, a partir del siglo XX tras la publicación del informe Flexner en Norteamérica, el modelo médico en México se ajusta a los criterios marcados en ese documento y la medicina se centra en la especialización bajo un enfoque positivista, con predominio de los aspectos biológicos y minimizando los factores socioeconómicos y culturales (Flexner, A. 1910:90-125; López Acuña, 1980:157; Tapia Juayec 1986:204).

Menéndez define como MMH “al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica...legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (1990b:83). De acuerdo con este planteamiento, el MMH presenta 24 rasgos estructurales, de los cuales considero que cinco de ellos (biologismo, ahistoricidad, asocialidad, orientación básicamente curativa y prevención no estructural) tienen un vínculo estrecho con la prevención y autocuidado. Este autor también señala que el MMH tiene las siguientes funciones: a) curativas, preventivas y de mantenimiento; b) funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y c) una función económico-ocupacional (Menéndez, 1990b:87).

Se inicia analizando los rasgos estructurales. El biologismo permea de manera importante la formación del médico, quien “no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos” (Menéndez, 1990b:96), por consecuencia el fenómeno salud-enfermedad se encuentra reducido a su causalidad biológica y los componentes socioeconómicos, culturales e históricos son vistos de forma aislada y con menor importancia. En la currícula de licenciatura y posgrado la mayor carga se concentra en aquellas asignaturas relacionadas con los componentes biológicos y técnicos (anatomía, fisiología, bioquímica, nosología clínica, farmacología etc.) e incluso en asignaturas como salud pública y epidemiología, el enfoque primordial continúa siendo biologista (ANUIES, 1983:3-39; Fernández Pérez/www.cesu.unam.mx). El problema no es la gran concentración de este tipo de asignaturas sino que se fragmenta el fenómeno salud-enfermedad hasta visualizar de manera perfecta el componente biológico del mismo pero quedando difuso e incluso ausentes los aspectos sociales, culturales, económicos y políticos de este fenómeno.

Un aprendizaje con estas características proporciona una visión particular de la curación, prevención y formas de relacionarse con los enfermos. En este sentido, lo que ocurre es que una de las actividades centrales de los médicos es la curación dado que han sido formados sobre todo para realizar este tipo de acciones, de tal suerte que la prevención ocupa un lugar periférico, realizando sólo acciones aisladas y fuera del contexto socioeconómico y de la vida cotidiana de las personas, resultando lo que Menéndez menciona de manera precisa en el sentido de que la prevención no está estructurada dentro del MMH, debido en lo fundamental a que sólo se abordan los aspectos biológicos de las enfermedades y por tanto no se llega a la raíz de los problemas de salud-enfermedad. Menéndez citando a McKinlay señala que para este autor “la prevención aparece estructuralmente subordinada en el MMH, pues la

determinación productiva no sólo genera enfermedad, sino que imposibilita determinadas estrategias preventivas” (Menéndez, 1990b:110).

Una formación académica dentro del MMH no sólo propicia un profesionista con determinadas características para ejercer su profesión y relacionarse con la población, sino que además él mismo es alcanzado por la visión del proceso salud-enfermedad que posee. Los propios médicos/cas tienen serias dificultades para integrar pautas preventivas y de autocuidado consigo mismos, justamente porque dentro del MMH en que se mueven la prevención no se encuentra estructurada.

2.1.2 Conceptos de riesgo, estilo de vida y resiliencia... Su utilización en el contexto de la salud.

2.1.2.1 Estilo de vida:

El concepto de estilo de vida se encuentra vinculado de manera estrecha a la promoción de la salud y al autocuidado; por otro lado el concepto de riesgo se relaciona más con la epidemiología; pero finalmente ambos conceptos son ampliamente utilizados dentro del contexto de la salud pública.

Estos conceptos empezaron a ser utilizados y analizados dentro de las ciencias sociales y después se incorporaron a la biomedicina. Es justo en el contexto de la biomedicina donde se ubica la reflexión sobre el estilo de vida.

El término de estilo de vida

“se constituyó a partir de corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense, aunque debe reconocerse que las concepciones teóricas que más influyeron en la formulación y el desarrollo de esa idea son las historicistas alemanas”(Menéndez, 1998:48).

Dentro de este contexto, los estilos de vida son ubicados dentro de las condiciones estructurales, económicas y culturales de las personas o grupos sociales, de manera que sus comportamientos puedan ser comprendidos a partir de las circunstancias y condiciones en las que viven. El concepto de estilo de vida se relacionó estrechamente con el ingreso económico y la posición dentro del trabajo; las cuales tienen pleno vínculo con la clase social y se señaló que el prestigio y el honor social son aspectos que juegan un papel importante con el *status* social que tienen las personas... (Coreil, J. y cols., 1985:424-27). Bourdieu, al igual que estos autores plantea que las condiciones de existencia determinadas por la clase social, conducen a la conformación del *habitus*, entendido éste como un sistema de disposiciones adquiridas por aprendizaje y producto de la experiencia biográfica (Bourdieu, 2000:75-118). El *habitus* se constituye en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas y gustos, los cuales dan lugar al estilo de vida (Alvarez Sousa, A., 1996:152-3). Esta visión integral y globalizadora del concepto sufrió un reduccionismo drástico dentro de la biomedicina ya que el manejo que se hace del término lleva a ubicarlo como riesgos individuales.

El hecho de reducir el concepto de estilos de vida a riesgos individuales conlleva consecuencias, una de las cuales es que se pierde la visión holística y por consiguiente se aísla a las personas del contexto socioeconómico y cultural, de manera que los comportamientos y hábitos pasan a ser responsabilidad individual.

Mucha de la investigación actual acerca de la epidemiología y salud pública se orienta bajo este enfoque que reduce los estilos de vida a riesgos individuales y dentro de la educación sanitaria y promoción de la salud se realizan acciones tendientes a que las personas y grupos poblacionales modifiquen comportamientos y cambien estilos de vida. Este enfoque conduce de manera paralela a incrementar el consumismo de las

personas y los grupos sociales. En la medida que nos encontramos dentro de un sistema económico que privilegia las ganancias, todo se puede convertir en mercancía, así la salud y la modificación de estilos de vida se promueven a través de los más diversos productos: alimentos empaquetados ricos en fibras y bajos en grasa, artículos deportivos, cosméticos etc.. O'Brien señala que "la asociación entre 'salud' y 'estilo de vida' es fundamentalmente un logro político apoyado por un consumismo institucionalizado y validado por una ideología política liberal y por un profesionalismo tecnocrático" (O'Brien, M, 1995:183). Este mismo autor menciona que en cierta medida los programas de promoción de la salud están orientados a persuadir a las personas para que modifiquen determinados comportamientos dependiendo de su poder adquisitivo y de consumo. Al analizar la bibliografía de promoción de la salud y estilos de vida, se encuentra dos tendencias claramente establecidas: aquellos sanitaristas con un pensamiento crítico y analítico, quienes ubican el concepto de estilos de vida dentro de las condiciones estructurales, socioeconómicas y culturales de la población (Buck, 1996:10; Terris, 1992:39-43; Labonte, 1987:153; Kickbusch, OMS, 1986:2-4) y otro grupo, en donde se ubica la mayoría del personal de salud (sanitaristas, personal operativo, clínicos), que considera que los estilos de vida se pueden modificar independientemente de que se realicen o no cambios en las condiciones de vida (Lalonde, 1974:4; 1989:238; Celentano, 1996:258-261).

2.1.2.2 Riesgo

El concepto de riesgo al igual que el de estilo de vida surge en otros ámbitos. M. Douglas señala que la palabra riesgo emergió en el siglo XVII dentro del contexto del juego, desarrollándose un análisis matemático de probabilidades para tal fin, de tal suerte que el término de riesgo se refería a la probabilidad de que un evento ocurriera,

combinado con la magnitud de las pérdidas y ganancias que estarían implicadas dentro del contexto del juego (Douglas, 1993:2). Otros autores mencionan que la palabra riesgo aparece en algunos escritos medievales y en contextos relacionados con la navegación marítima y el comercio (Luhmann, 1992:52).

Los diversos autores coinciden en señalar que posteriormente el concepto de riesgo se relaciona con el daño, con la probabilidad de que la toma de decisiones logre evitar o conseguir un daño (Douglas, 1993:3; Luhmann, 1992:58-60). Así mismo el concepto de riesgo se vincula con la noción de seguridad, “el uso que le dan al concepto de riesgo se refiere a su aspiración de alcanzar la seguridad y la precisión numérica de la dimensión de lo razonablemente alcanzable” (Luhmann, 1992:62).

El término de riesgo además de vincularse con la palabra ‘seguridad’ se relaciona también con la palabra ‘peligro’, e incluso en la literatura de habla inglesa muchas veces las palabras: *risk*, *hazard*, *danger* son utilizadas de manera indistinta. Riesgo y peligro remiten por igual a la toma de decisiones en el sentido de que una determinada decisión puede conducir a la persona a una situación en la que después hace su aparición el daño.

M. Douglas menciona que la palabra riesgo tiene tal peso en las sociedades modernas, que se le utiliza en diversos contextos y que el término tiene en la actualidad la carga que en otros tiempos llegaron a tener las palabras pecado y tabú. De forma igual el concepto de riesgo es utilizado ahora para estigmatizar a las personas y a las poblaciones.

En el ámbito de la salud, la epidemiología y la salud pública son las áreas que hacen un mayor uso del término. Desde la epidemiología se define el riesgo como “la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) para desarrollar una enfermedad determinada o un accidente o un cambio en su estado de salud en un periodo específico

y en una comunidad dada” (Hernán San Martín y cols., 1986:127). Vega Franco señala, refiriéndose a la semántica de la palabra riesgo, lo siguiente: “El sentido que se da a la palabra riesgo, de contingencia o proximidad de un daño, se enriquece en la jerga epidemiológica en la que este vocablo indica: probabilidad de que un hecho ocurra...” (Vega Franco, 2000:64). La manera como se interpreta el término en el contexto de la salud conjunta de manera peculiar, lo señalado en párrafos anteriores: por un lado la probabilidad de que ocurra un evento, que fue como se originó la palabra para el ámbito del juego, la navegación y el comercio, y por otro lado, la connotación reciente que adquirió la palabra de riesgo de daño y peligro; en este sentido, se conjunta la probabilidad con el daño, es decir, la probabilidad de que un daño ocurra. Un hecho interesante es el señalamiento que hace M. Bronfman cuando plantea que la exposición a un riesgo es en realidad “exponerse a lo que de antemano se define como riesgoso (fumar, no usar condón, vivir cerca de una zona contaminada etc.)” (Bronfman, 2000:233), es decir, que la probabilidad no es exactamente como en el contexto del juego, de la navegación o del comercio; sino más bien relacionada intencionalmente a la concomitancia de un evento que conduce a una pérdida, que en este caso es enfermarse o morir.

Dentro de la epidemiología se ha desarrollado toda una perspectiva desde la que se maneja el riesgo. Así se ha diseñado toda una estrategia denominada “enfoque de riesgo” que aporta elementos para la toma de decisiones en relación con los problemas de salud que afectan a una población, sobre todo cuando los recursos en salud son escasos. Otra manera es utilizar el “análisis de riesgos” que se vincula con la identificación de factores que eventualmente pueden influir de forma negativa en la salud de la población o las personas. Los factores de riesgo se definen como las características o atributos de una persona o de su entorno, que incrementan la

probabilidad de que la exposición se transforme en un daño a su salud. El conjunto de estrategias incluye el manejo de toda una red de causalidad para identificar factores de riesgo causales y contribuyentes de una enfermedad. De esta forma los estudios epidemiológicos con la intención de encontrar los factores causantes de una enfermedad o evento, buscan controlar las características o atributos de las personas a través de las variables confusoras (Vega Franco, 1999:63-74).

Aunque la salud pública y la epidemiología tienen como objeto de trabajo a la población, desde la perspectiva del riesgo, las acciones se dirigen mayormente a nivel individual; ya sea a la identificación de factores de riesgo, al análisis de riesgo o la modificación de conductas y estilos de vida basado en la información obtenida en los estudios epidemiológicos con la identificación de riesgos. Tal es el caso de acciones para disminuir el tabaquismo o el consumo de bebidas alcohólicas, por ejemplo, en donde las actividades se centran sobre todo en la persona más que en políticas públicas para regular y normar a las industrias tabacalera y alcoholera. Aquí, tanto los conceptos de estilo de vida como de riesgo son reducidos al aspecto individual y pierden la perspectiva estructural.

La utilización del concepto de riesgo en los programas de promoción de la salud en el área laboral se ubican no sólo en la modificación de conductas y estilos de vida, sino que se le vincula con exámenes médicos para la búsqueda intencionada de factores de riesgo dentro de los trabajadores de manera que los empresarios con el fin de incrementar la productividad, conozcan quienes pueden ser trabajadores de alto rendimiento y cuales pueden tener enfermedades que lo dificultan. El trasfondo desde esta perspectiva es la construcción ideológica de que la etiología de la enfermedad y el riesgo son asuntos individuales (Alexander, 1988:564-65). Todo esto tiene importancia

para el modelo médico hegemónico y las condiciones económicas y políticas de nuestro país

El reduccionismo y descontextualización que se hace en general en el ámbito de la salud de los términos de estilos de vida y riesgo, emergidos ambos dentro de otras disciplinas y contextos, señalan algunos autores que es consecuencia del positivismo y empirismo con que se orienta el modelo médico hegemónico. (Coreil, J. y cols, 1985:430-32)

2.1.2.3 Resiliencia y factores de protección

Los conceptos de estilo de vida y riesgo son ampliamente utilizados dentro del contexto de la salud, por el contrario, el concepto de resiliencia relacionado con los factores de protección se utiliza poco. Actualmente su utilización se vincula con el análisis del estrés que llegan a tener los trabajadores de la salud que trabajan en servicios como: urgencias, terapia intensiva, cirugía, oncología y psiquiatría, entre otros. Lo anterior puede explicarse por lo que se ha señalado en párrafos anteriores: la medicina occidental, enfocada sobre todo a la curación, tiene serios problemas para integrar la prevención y promoción, lo cuál dificulta la inclusión de conceptos relacionados con la protección y potenciación de la salud.

Al igual que los términos de riesgo y estilo de vida que se originaron en otros ámbitos, la palabra resiliencia surgió en el terreno de la física y se “refiere a la capacidad de un material de recuperar su forma original después de haber estado sometido a altas presiones, es decir expresa la elasticidad de ese material” (Kotliarenco, MA y cols, 2002). A fines de la década de los 70, este término se empieza a utilizar en las ciencias sociales y concretamente en el campo de la psicopatología, en dónde se relaciona con la capacidad humana para sobreponerse a las adversidades y construir

sobre ellas (<http://www.medicos-municipales>). Se dice que este concepto puede posibilitarle a la salud pública tener una mirada diferente, lejos de la 'patologización' y construir a partir de las fortalezas y cualidades que las personas ponen en juego en la vida cotidiana para enfrentar las diversas adversidades de la sociedad moderna.

En el caso de las condiciones de trabajo que rodean a los profesionales de la salud, la resiliencia se asocia al síndrome de desgaste profesional o *burnout* ó también conocido como enfermedad de Tomás; descrito en 1974 por la psiquiatra Freudenberger. El síndrome de desgaste se caracteriza por un agotamiento físico y mental con trastornos emocionales y se ha visto, sobre todo, en profesionales dedicados a ayudar a la población y donde hay un contacto continuo con situaciones humanas de sufrimiento y de mucha responsabilidad, en donde, además, el profesional aún sin proponérselo se involucra en dichas situaciones (Mingote, A 1999:41-3).

Es a partir de la descripción de este síndrome que ha surgido bibliografía relacionada con el análisis de las condiciones sociales y laborales que rodea a los trabajadores de la salud, entre ellos a los médicos. Asociado a estos estudios se encuentran las propuestas de factores protectores y de resiliencia para los trabajadores de la salud. Entre los factores protectores para prevenir el síndrome de desgaste se encuentran los propuestos por Pines y Aronson en 1981: mejorar la calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, posibilidades de recibir supervisión y de promoción, facilitar las oportunidades de educación continua e impulso de una carrera profesional (Mingote, A 1999:42). En otros estudios se señala la importancia que juega la satisfacción con el trabajo y los factores organizacionales del ámbito laboral para enfrentar el estrés y prevenir el síndrome de desgaste (Visser, MR y cols, 2003:271; Kalliath, T. y col, 2002:648). Otros autores mencionan que la familia, amigos e incluso directivos de los hospitales o instituciones donde laboren los trabajadores de la salud,

pueden convertirse en un factor de protección en la medida que los trabajadores cuenten con una red social de esta naturaleza para compartir y dialogar sus experiencias laborales (Kalemoglu, M y col., 2002:215). El diálogo es utilizado como una medida de contención y para prevenir el síndrome de desgaste.

2.1.3 Autocuidado.

2.1.3.1 Análisis conceptual

Las críticas que surgieron en las décadas de los sesenta y setenta al modelo médico hegemónico por la medicalización de la vida cotidiana y los altos costos de la atención médica; originaron la reaparición del autocuidado dentro de un movimiento vinculado a grupos feministas y de aquellas agrupaciones que defendían la autonomía promoviendo el bienestar y la autoayuda.

La definición conceptual del autocuidado es complicada y ambigua. Para algunos autores el autocuidado se ubica dentro de un contexto más amplio, al que han llamado autoatención. La autoatención incluye a la automedicación que se refiere concretamente al proceso de diagnóstico y atención de una enfermedad o daño a la salud realizado por la propia persona o su familia. La autoatención además de la automedicación incluye toda

“una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico/familiar... Dichas actividades... integra la alimentación, limpieza, higiene (cuerpo, ropa, vivienda), curación y prevención de enfermedades, daños, problemas” (Menéndez, E. 1990a:176).

Otros autores, sin mencionar el término de autoatención, incluyen sin embargo la automedicación y las distintas actividades de la vida cotidiana que son realizadas por las personas, familias y vecindario para el cuidado de la salud, prevención de enfermedades

y limitación de daños (Kickbush, 1989:235-45; Shyc, D., y cols., 1991:297; Dean, 1986:276). Haro Encinas, sin negar la relación que tiene con la autoatención, circunscribe el autocuidado a toda la serie de prácticas centradas en aspectos preventivos y de promoción de la salud y dejando dentro del término de autoatención a las acciones relacionadas con los eventos de enfermedad y recuperación (Haro Encinas, 2000:114).

Dentro de la definición de autocuidado se incluyen los conceptos de promoción de la salud y prevención, por lo que considero prudente señalar cual es el papel que tienen dentro del mismo. La perspectiva actual de promoción de la salud posee un componente relacionado con la responsabilidad social que tiene el Estado para garantizar condiciones de vida adecuadas y entornos que favorezcan la salud de las personas. Este enfoque es semejante al señalado por H. Sigerist en décadas anteriores. Además la salud es vista como un recurso para la vida diaria. Por otro lado, la prevención esta relacionada con prácticas puntuales que realizan las personas para prevenir enfermedades o bien actividades dirigidas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. Así la contribución de la promoción de la salud para el autocuidado se sitúa dentro de un contexto general al crear condiciones y espacios favorables que potencien la salud y la prevención se ubica más a nivel de lo que las personas realizan para evitar daños.

Como se mencionó en párrafos anteriores, el resurgimiento del autocuidado ocurre de forma simultánea con el de autoayuda. Los grupos de autoayuda han tenido éxito y han conseguido llamar la atención alrededor del potencial de las personas y los grupos sociales organizados y de sus logros en beneficio de su propia salud de manera independiente del modelo médico hegemónico.

A diferencia de la autoayuda, al autocuidado se le ha visto con reserva y cautela desde los ámbitos académicos y políticos, debido sobre todo a tres aspectos:

- 1) Los mayores avances en la salud de la población (disminución de las tasas de mortalidad infantil, materna y general y abatimiento de las enfermedades infecciosas) se lograron al mejorar las condiciones de vida y saneamiento básico más que por acciones terapéuticas de la medicina y por acciones individuales de autocuidado. De manera que el planteamiento del autocuidado es criticado por una pérdida del análisis estructural del sistema social implicado en el proceso salud-enfermedad, además conlleva varios riesgos: por un lado puede ser utilizado como panacea por los servicios de salud y para disminuir costos en la atención, por otro lado puede ser utilizado como medida paliativa para disminuir demandas en la calidad de los servicios de salud y para culpar a las propias personas por lo que ocurra con su salud.
- 2) Desde el modelo médico hegemónico se han realizado diversas intervenciones educativas dirigidas a la modificación de conductas individuales y justamente al autocuidado se le vincula de manera directa con el concepto de estilos de vida en el sentido de que se promueve que las personas realicen acciones de autocuidado para evitar los factores de riesgo. Así el autocuidado se centra en la modificación de conductas.
- 3) Se plantea que el autocuidado requiere un mínimo de escolaridad y tiempo para apropiarse del conocimiento del cuerpo humano y del proceso salud enfermedad, en ese sentido se dice que la población, a quien se destinan las acciones de autocuidado es la clase media, dejando fuera a las mayorías pobres y marginadas (Kronenfeld, 1979:264-67; Kickbush, 1989:236).

Kickbusch señala que el “planteamiento funcionalista y medicalizado central ha impedido comprender el autocuidado...y situarlo en el seno de una nueva perspectiva en salud pública” (Kickbusch, 1989:238)

En los apartados anteriores se ha mencionado que los conceptos de estilos de vida y riesgo han sufrido un reduccionismo dentro del modelo médico. El concepto de autocuidado aunque no surgió en el seno de otras disciplinas, sí requiere una profundización en su análisis.

Al autocuidado al igual que al concepto de estilo de vida, se requeriría ubicarlos dentro de las circunstancias y condiciones socioeconómicas y culturales en que viven los grupos sociales y partir de ese contexto para su análisis. Así las pautas de la vida cotidiana (alimentación, aseo, convivencia etc.) vistas desde esta perspectiva variarán dependiendo de la cultura y las condiciones de vida de las personas, sin embargo todos los conjuntos sociales poseen pautas precisas de cuidado diario, para cuyo análisis se precisará no sólo plantear una modificación de comportamientos a partir de esquemas ajenos al contexto cultural y social sino, además considerar la manera como se insertan dichas pautas dentro del marco general de esa población

2.1.3.1 El autocuidado dentro del marco conceptual de promoción de la salud

“La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso”

Henry E. Sigerist

Milton Terris menciona que el término de promoción de la salud fue utilizado por primera vez en 1945 por el médico e historiador alemán H. Sigerist al señalar las cuatro tareas esenciales de la medicina: 1) promoción de la salud, 2) prevención de la enfermedad 3) el restablecimiento de la salud y 4) la rehabilitación. Desde esa época

Sigerist apuntó la importancia que tienen las condiciones de vida en la salud de las personas.

En la década de los años 70 es publicado el informe del ministro de salud de Canadá Marc Lalonde, llamado *Informe Lalonde*. En ese documento se apuntaba claramente que los esfuerzos de la medicina en las décadas previas habían estado orientados en la organización de los servicios de salud y en la atención curativa, descuidando aspectos centrales relacionados con el entorno físico, las características biológicas de los seres humanos y lo que él llamaba los estilos de vida de las personas. En este mismo periodo surge en 1979 el informe del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América, titulado: *Gente sana: Informe del Cirujano General sobre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad*, en este documento se hacía una diferencia conceptual entre promoción y prevención, definiéndose a la promoción de la salud como la estrategia que promueve cambios en los estilos de vida y la prevención relacionada con la protección a la salud frente a las adversidades provenientes del ambiente. Estos conceptos causaron confusión, sin embargo, ambos documentos contribuyeron a girar la atención en las acciones preventivas más que continuar apuntalando los aspectos curativos de la medicina (Terris, 1992:38-40).

Tanto el *Informe Lalonde* como el documento del *Cirujano General* contribuyeron a generar un nuevo movimiento dentro de la salud pública y fueron los antecedentes para que en 1986 la Organización Mundial de la Salud, Salud y bienestar de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública organizaran la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; dicha conferencia emitió el documento titulado *La Carta de Ottawa para la promoción de la salud*, el cuál fue adoptado por los 112 participantes provenientes de 38 países. Este documento marca un nuevo rumbo para la promoción de la salud y a partir del mismo se ha generado un movimiento en los

distintos países impulsado en gran medida por los organismos oficiales de salud, en el caso de América Latina por la Organización Panamericana de la Salud.

En la Carta de Ottawa la promoción de la salud es definida como: "Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (OMS, 1986:2). Se reconoce la importancia de las condiciones de vida y los aspectos sociales, enunciándose como prerequisites para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad como elementos fundamentales para el bienestar de las poblaciones. Otro aspecto central es que se reconoce que el sector sanitario deberá vincularse con los distintos sectores sociales y económicos para mejorar las condiciones de vida y salud de la población. Se marcan cinco líneas estratégicas que permitirán dirigir el rumbo de la promoción de la salud:

1. Elaboración de políticas públicas sanas,
- 2) Creación de ambientes favorables,
- 3) Impulso de la participación comunitaria
- 4) Desarrollo de aptitudes personales y,
- 5) Reorientación de los servicios de salud.

Estas líneas y los aspectos centrales de promoción de la salud han sido refrendados en las subsiguientes conferencias internacionales que se han realizado en Yakarta y México (OMS, 1997:4; OMS, 2000:19).

El señalamiento de estas líneas estratégicas es de vital importancia, ya que el énfasis está colocado en la responsabilidad social para el cuidado de la salud, de ahí que sea fundamental que las políticas sociales estén orientadas a crear las mejores condiciones a partir de medidas legislativas, fiscales y organizativas para que las opciones y los ambientes sean favorables a las salud de las personas. La línea relacionada con la participación comunitaria parte del supuesto de que es crucial que los grupos sociales participen plenamente en los asuntos de la salud. De las cinco líneas

enunciadas sólo una se centra en las personas: el desarrollo de aptitudes personales. En esta línea el énfasis se coloca en incrementar la información y los conocimientos de las personas para que enfrenten la salud-enfermedad y adquieran control en aspectos básicos de su vida, además el marco educativo que se propone no es el modelo tradicional que ubica a la población en un papel pasivo, receptora de información; por el contrario, se pretende que la educación sanitaria promueva un papel activo de las personas y que se organicen para que transformen las condiciones de vida adversas que afectan su salud.

Al analizar las líneas de acción propuestas dentro del marco de promoción de la salud, el autocuidado no es sólo responsabilidad individual ni mucho menos vinculado al concepto fragmentado de estilos de vida que se ha manejado en el área de la salud pública y la epidemiología; desde la perspectiva de promoción de la salud el autocuidado se impulsa y promueve a partir de crear espacios y entornos, en donde las opciones sean las más saludables para las personas y a partir de un compromiso institucional por legislar políticas de salud que contribuyan a mejorar las condiciones de vida. En este sentido en las acciones de la vida diaria que realiza cada persona para el cuidado de su salud confluyen por un lado, el componente personal y por el otro, un componente de responsabilidad social. Así el autocuidado queda comprendido dentro de las circunstancias, condiciones de vida y cultura en que viven las personas.

2.1.3.3 Cultura y autocuidado.

“Somos animales incompletos o inconclusos que nos completamos o terminamos por obra de la cultura”
Clifford Geertz

Si nos remontamos a los orígenes mismos de la humanidad encontraríamos que el hombre incorporó múltiples pautas de cuidado elemental para sobrevivir en el entorno

inhóspito en el que se desarrolló; así el cubrir su cuerpo para protegerlo de las inclemencias del clima, resguardarse en cuevas, integrar paulatinamente a su dieta determinados productos vegetales y animales y rechazar otros, constituyen quizá de los primeros aspectos que habría que considerar como parte del autocuidado.

Estas primeras pautas de autocuidado en sí mismas poseen un vínculo indisoluble: el aspecto cultural y biológico del ser humano. La concepción estratigráfica de los distintos factores (biológico, psicológico, social y cultural) que parte de explicar que en la evolución del hombre el factor biológico se encuentra ocupando el primer escalón y hasta que finalizó la integración biológica aparecieron gradualmente los otros factores y el último en aparecer fue el cultural. Esta cronología parece estar desechada, en la actualidad se plantea que es preciso reemplazar la concepción estratigráfica por una concepción sintética y que más que considerar que estos factores se encuentran escalonados en realidad están íntimamente interrelacionados (Geertz, 2001:51; Vargas, LA en preparación).

La cultura jugó un papel fundamental en la conformación biológica del ser humano y el componente biológico se vio favorecido por el aspecto cultural e incluso Geertz menciona que “la cultura más que agregarse, por así decirlo, a un animal terminado o virtualmente terminado, fue un elemento constitutivo y un elemento central en la producción de ese animal mismo” y que la evolución del hombre sugiere que “no existe una naturaleza humana independientemente de la cultura” (Geertz, 2001:54-5).

En el proceso evolutivo del hombre los primeros homínidos cuyo desarrollo del sistema nervioso central no era aún como el del *H. Sapiens*, poseían algunas elementos culturales (fabricación de herramientas y cacería de pequeños animales); el desarrollo del cerebro y sus estructuras anatómicas continuó de manera simultánea con la

incorporación de elementos culturales y se dice que esta acumulación cultural influyó de manera decisiva en el resultado biológico final (Geertz, 2001:67-9).

Después de este primer planteamiento que reflexiona acerca de la interrelación entre los factores biológicos, sociales y culturales; se profundizará en el análisis de la cultura, la salud y el autocuidado.

Menéndez plantea que en los grupos sociales los significados culturales otorgados a distintos aspectos relacionados con la salud (mortalidad infantil, alcoholismo, violencias) son diferenciales dependiendo de las circunstancias que rodean al evento y de la frecuencia con que éste se presenta en cada grupo social (Menéndez, 2000:169). Tomando como base este señalamiento y sin restarle fuerza a la influencia que la cultura tiene en el autocuidado, es pertinente acotar que el significado cultural que los grupos sociales le atribuyen a incorporar determinadas pautas de autocuidado dentro de su vida cotidiana (aseo dental, higiene personal, dieta, revisiones médicas etc.) se encuentran matizadas por las condiciones de vida que faciliten o dificulten dicha incorporación. De nuevo se hace evidente la interrelación entre lo cultural, lo social y lo biológico.

Otro aspecto señalado por Menéndez es la manera como la antropología ha visualizado la relación entre persona y cultura. Menciona que hay un supuesto antropológico asumido de manera implícita: que las personas internalizan de forma profunda la cultura a la que pertenecen, a partir del proceso de socialización. De esta manera las personas y grupos sociales se conforman

“a través de su cultura, y lo cultural formaría parte de la estructura profunda e inconsciente de su subjetividad, Por eso serían tan importantes los factores culturales, pues su dureza radica en ser parte de la subjetividad de los sujetos y/o grupos con los cuales trabajamos; lo cultural tendría mayor significación que las otras dimensiones en la constitución de la subjetividad de los colectivos sociales” (Menéndez, 2000:172-4)

Este mismo autor plantea más adelante que en la actualidad existen otras propuestas acerca de la subjetividad en donde el componente cultural, en un mundo cambiante y dinámico, no se encontraría tan profundamente enraizado. En relación con esta discusión, me adhiero a la primera postura y planteo que las pautas de autocuidado internalizadas por las personas en etapas tempranas de la vida, dentro de un contexto cultural determinado permanecen y son decisivas para las etapas futuras. Es posible que en etapas posteriores de la vida se interioricen otras pautas de autocuidado y se carguen de significado cultural en la medida en que sean experiencias muy significativas para las personas.¹

Considero que otro elemento cercano a la cultura es el sentido común. Geertz plantea "que el concepto como tal, como categoría fija y etiquetada, como dominio semántico, explícitamente delimitado, no es, por supuesto universal "(Geertz, 1994:106) y que este varía dependiendo del lugar y de la época. Señala además que el sentido común tiene determinadas características: es natural, práctico, transparente, asistemático y accesible. Justamente estas características son las que permiten encontrar relación entre el sentido común, la cultura y el autocuidado.

La naturalidad del sentido común planteada por Geertz es aquel aspecto relacionado con la obviedad, lo elemental, como componentes intrínsecos de la realidad. Así en un contexto cultural determinado, el sentido común señala que algunas pautas de autocuidado son básicas (abrigarse, consumir o evitar la ingestión de algunos alimentos, entre otras).

La practicidad está relacionada con la lógica de la práctica, se dice que si alguien no tiene sentido común no es práctico. La practicidad es planteada no de forma utilitaria

¹ Las experiencias de enfermedad en las etapas de juventud, adultez y adulto mayor pueden tener tal significado para la persona que sea el detonante para incorporar pautas de autocuidado que no se tenían en otras etapas de la vida.

para obtener conocimiento sólo de lo que será útil sino en el sentido más amplio de la curiosidad humana. Al analizar esta cualidad del sentido común surge el siguiente planteamiento: desde la perspectiva de la medicina occidental, es probable que muchas acciones para conservar y potenciar la salud se consideren desde la lógica del sentido común de la medicina occidental pero no desde el sentido común de la población en general. Sólo a manera de ejemplo menciono que la promoción que se hace de los condones para prevenir las infecciones de transmisión sexual o evitar el embarazo, no sea práctico, desde el sentido común de la población en general (y puede ser que incluso desde los propios trabajadores de la salud) porque la utilización del condón disminuye la sensibilidad y espontaneidad de la sexualidad humana.

La transparencia está muy relacionada con la naturalidad en el sentido de que las cosas son lo que muestran y no otra cosa. Esta característica junto con la asistematicidad y accesibilidad muestran que el sentido común es de la humanidad en general y sólo varía dependiendo del contexto cultural específico. El sentido común es la sabiduría popular. Sin embargo esta sabiduría popular, a pesar de lo que señala Geertz que “el desarrollo de la ciencia moderna ha tenido un profundo efecto sobre la concepción occidental del sentido común” (Geertz, C.: 109,1994); se encuentra en muchas ocasiones en franca contradicción con los preceptos de la ciencia y en concreto el MMH. Sólo habría que acotar que esta aseveración de Geertz es más real para los médicos/cas y el personal de salud en quienes la ciencia y el MMH ejercen una influencia importante en el sentido común que poseen.

Considero que el sentido común del gremio médico en general, a pesar de la influencia que ejerce la ciencia y el MMH, conserva características propias de la cultura del conjunto social del que proceden, lo cual se hace evidente en el autocuidado ya que muchas acciones se realizan o dejan de llevarse a cabo, más por los aspectos culturales

que poseen que por los preceptos que dicta la medicina. Un ejemplo de lo anterior se puede constatar en el tipo de alimentos que integran la dieta de los médicos/cas, la cual se rige más por cuestiones culturales que por las cualidades nutritivas de los mismos. Otra situación que evidencia este aspecto es cuando los médicos se convierten en pacientes, en esas circunstancias muchos dudan incluso de la efectividad del MMH y utilizan múltiples recursos para conseguir alivio, recursos que encuentran mayor lógica con el sentido común de la población en general que el sentido común relacionado con la ciencia (Ponce de León, 1997:139-156; Hahn, 1995:234-261).

A manera de conclusión y tomando como punto de partida el señalamiento de Geertz en el sentido de la influencia que la ciencia ha ejercido en el mundo occidental, se plantea que el autocuidado y la perspectiva global del personal de salud y concretamente de los médicos, se ve matizada por dos vertientes: por un lado, el contexto cultural de su familia de origen y su grupo social el cuál influyó en sus primeras pautas de autocuidado, y por el otro la profesión médica que tiende a biologizar el proceso salud-enfermedad y tiene dificultades para integrar la prevención dentro de su modelo. Geertz hace un planteamiento que permite entender el pensamiento y proceder de los médicos; señala que las diversas disciplinas (y una de ellas sería la medicina) que integran el discurso de la erudición moderna "no son meras posiciones intelectuales ventajosas, sino maneras de ser en el mundo..., formas de vida.... o variedades de una experiencia" (Geertz, 1994:182), más aún, plantea que dentro de una disciplina no sólo se realizan actividades técnicas, sino que estas actividades se dan dentro de un marco cultural que define gran parte de nuestra vida. Justamente los médicos/cas reflejan de alguna manera la disciplina en la que han sido formados y la conjuntan con la influencia de la cultura adquirida en los procesos de socialización de su grupo social de origen.

Desde otra línea de pensamiento, Bourdieu hace un planteamiento semejante al señalado por Geertz y que permite aún más comprender la disciplina médica. Este autor menciona que cualquier profesión u oficio conduce a que se conforme un *habitus* propio de la profesión y que dicho *habitus* es “un capital de técnicas, de referencia, un conjunto de ‘creencias’” (Bourdieu, 2000:113). Así, a partir de su propia disciplina, el gremio médico internaliza una visión específica del cuerpo, de su relación con su propio cuerpo, del proceso salud enfermedad y de la promoción, prevención y autocuidado.

2.2 Antecedentes de investigación sobre el autocuidado de los médicos/cas

Después de una búsqueda de bibliografía tanto a nivel nacional como internacional, sobre el autocuidado de los médicos/as se encontró únicamente un estudio realizado con médicos en Irlanda y publicado en 1998. Esta investigación trata acerca de algunos hábitos: frecuencia con la que se realiza el ejercicio físico, tipo de dieta, consumo de bebidas alcohólicas y tabaco, estrés y mecanismos para enfrentar el mismo, así como conocimiento en salud, seguridad, bienestar y disponibilidad de servicios de salud ocupacional. Uno de los hallazgos sobresalientes de ese trabajo fue que un tercio de las médicas nunca se habían realizado el Papanicolaou (PAP) y que los médicos/cas necesitan servicios de salud laboral adecuados porque existe poca disponibilidad y tienen riesgos ocupacionales importantes (O'Connor M y col.1998:9-11).

Otros estudios se enfocan a cuestiones generales de salud-enfermedad de los médicos/cas y abordan indirectamente algunos aspectos de autocuidado como el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, estrés, disposición de tiempo para atender su salud. Los aportes de estas investigaciones son valiosos en el sentido que proporcionan información acerca del comportamiento de los médicos cuando tienen alguna dolencia o enfermedad, señalando que los médicos continúan trabajando a pesar de que tengan

malestares o padecimientos, toman menos días de incapacidad, se automedican y preferentemente consultan a colegas o amigos cuando están enfermos, lo cual resulta contraproducente especialmente cuando tienen algún síndrome psiquiátrico, que además se ha encontrado que el grupo de médicos/cas tienen una prevalencia mayor de ansiedad o depresión en comparación con grupos de población (Baldwin, PJ y cols., 1997a:37-39; Baldwin, PJ y cols, 1997b:42-44; Toyry, S y cols., 2000:1079-85; Tyssen, R., 2001:3527-32; Rennert, M y cols., 1990:96-9; Chambers, R. y cols, 1993:378-82; Ponce de León, 1997:59-162; Hahn, R.,1998:234-261).

Otro conjunto de publicaciones aborda aspectos muy específicos de los médicos/cas: prevalencia de tabaquismo, mortalidad, estrés en el ámbito laboral y la manera como afecta a los médicos. De los estudios sobre tabaco, lo que destaca es que en general la tendencia de la adicción al tabaco es diferencial, así en Estados Unidos de América existe una tendencia decreciente con una prevalencia de fumadores de cigarrillos entre los médicos de 4.9% (Hensrud, 1993:415), pero en países como España y Costa Rica presentan prevalencias mayores (41% y 19% respectivamente) (Sanz Cuesta, MT y cols., 2001:392; Grossman, DW y cols. 1999:316).

La investigación sobre mortalidad se realizó en Finlandia, analizando la tendencia de mortalidad de médicos entre 1971 y 1980. Los resultados muestran que el riesgo de suicidio fue dos veces mayor entre los médicos, en comparación con varones de otras profesiones, concluyen que los médicos no utilizan su conocimiento y habilidades para su propia persona y que se encuentran expuestos a un gran número de riesgos ocupacionales (Rimpela, AH y cols., 1987:84-5).

Los estudios sobre estrés destacan la manera en que la actividad laboral contribuye para producir estrés y como éste afecta la vida familiar y social de los

médicos, así como los mecanismos que utilizan para enfrentar el estrés (McCue, J., 1982:461-2; Ortiz Quezada, 1997:14-24)

En México sólo existen estudios que se han enfocado a indagar sobre la adicción al tabaco, encontrándose prevalencias que van de 22% hasta 33.3%. Uno de esos estudios se realizó entre personal que labora en los institutos nacionales de salud y la mayor prevalencia de adicción al tabaco entre médicos se encontró en el Instituto Mexicano de Psiquiatría (Tapia Conyer, y cols., 1997:507; Gómez García, y cols., 1998:55; Sansores, RH y cols., 1999:384), dato que encuentra explicación con lo reportado en otras publicaciones sobre estrés y que mencionan que el cigarrillo es utilizado para disminuir ansiedad y enfrentar este problema.

En antropología y sociología médica sólo se encontraron publicaciones que abordan aspectos relacionados con las circunstancias que rodean a los médicos/cas enfermos y los significados que le atribuyen a la enfermedad (Hahn 1995:234-261, Ponce de León 1997:59-207, Good, 1997:65-87) por lo que indirectamente se pueden extraer algunas reflexiones sobre el autocuidado:

- Cuando los médicos caen enfermos repasan acerca de las circunstancias presentes y pasadas que los condujeron a la enfermedad, incluyendo una revisión de sus hábitos anteriores, mismos que les ocasiona sentimientos de culpa por lo que ocurre en la actualidad.
- Durante las etapas formativas y de capacitación en medicina se exige de los estudiantes buenas condiciones de salud, gran capacidad para soportar largas horas de trabajo/estudio y conjuntamente se desalienta que fijen la atención en su persona, ya que no hay suficiente tiempo para el cuidado de sí mismos. Además, el entrenamiento incluye aprender a mantener una distancia protectora

adecuada de los pacientes, así “la regla tácita de la respuesta para la aflicción consigo mismo y con los otros es el silencio” (Hahn, 1995:257).

- Se señala que la profesión médica es pragmática y enfocada a la curación, de ahí que no exista una cultura propia de la prevención. De alguna manera se reafirma lo que se ha señalado en el inicio de este capítulo: que el MMH tiene dificultades estructurales para integrar la prevención, lo cual alcanza también a los propios médicos/cas
- Cuando los médicos/cas enferman, lo que se encuentra es que el conocimiento técnico que poseen no resulta ser una variable determinante para enfrentar la enfermedad y adaptarse a su rol de enfermo. De manera semejante, pareciera que el conocimiento de los médicos/cas no es determinante para el autocuidado.
- Durante la formación académica, a los médicos/cas se les forma para cuidar y curar de otros, de modo que cuando ellos enferman se dificulta, tanto a los propios médicos asumir el rol de pacientes, como a quienes los atienden ya que no esperarían que éstos enfermaran. En consecuencia si el papel del médico/ca es cuidar de otros, en esta lógica el médico no tiene porque cuidar de si mismo.
- El comportamiento del médico cambia cuando empieza con alguna enfermedad crónica, de modo que puede empezar a incorporar pautas de cuidado a partir de su propia experiencia con el padecer.

2.3 Conceptos principales.

A lo largo de este estudio se encuentran tres conceptos que de alguna manera son el eje conductor del mismo: autocuidado, cultura y modelo médico hegemónico, dichos conceptos serán definidos a continuación.

Autocuidado:

En la construcción de este concepto, parto de la definición de Menéndez para ubicarlo dentro del proceso de autoatención que realizan los grupos sociales, sin embargo, de acuerdo con Haro Encinas, a pesar de que el autocuidado se encuentra dentro del marco de la autoatención, se delimita de manera concreta para contener todas aquellas acciones preventivas y de promoción que tienden a preservar y potenciar la salud, y siguiendo el planteamiento de Kickbush, dichas acciones se ven influidas por las circunstancias socioeconómicas, políticas y culturales del grupo social al que pertenece la persona. Así el autocuidado son todas aquellas acciones que se realizan para conservar y promover la propia salud y que las mismas dependen de las condiciones de vida de la persona o grupo social.

Para los fines de esta investigación he asumido la postura teórica de Haro Encinas que delimita por un lado a las prácticas que potencian y conservan la salud como autocuidado y por otro, en autoatención a la serie de acciones que se realizan para atender los eventos de enfermedad y recuperar la salud. Esta separación permite profundizar en el análisis del autocuidado en sí mismo ya que éste se relaciona con acciones de la vida diaria tan sencillas como la alimentación y el descanso entre otras; que se realizan con la finalidad de tener fuerzas y energía para realizar las actividades de la vida cotidiana e interrelacionarse con el grupo social del que se forme parte. De igual manera, asumo la posición de otras autoras que abordan el autocuidado desde una perspectiva integral que toma en consideración las dimensiones física, emocional y social de las personas (Lluch, MT, Novel G, 1995:49). Por lo tanto, en esta investigación el análisis del autocuidado se estructuró a partir de las prácticas comunes y corrientes que se efectúan en la vida cotidiana y que permiten conservar y cuidar la salud. Estas prácticas se agruparon en núcleos básicos en las tres dimensiones: física, emocional y social (cuadro 1 y 2).

CUADRO 1. AUTOCUIDADO. DIMENSIÓN FÍSICA

DIMENSIÓN	NÚCLEO	PRÁCTICA
Física	Alimentación e higiene	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad del consumo de alimentos • Frecuencia y horarios del consumo de alimentos • Peso adecuado/sobrepeso • Ritmo y frecuencia de evacuaciones intestinales • Frecuencia del aseo dental
	Ejercicio físico	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia y duración de ejercicio físico
	Descanso	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de horas de sueño reparador • Calidad del sueño
	Adicciones	<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad y frecuencia del consumo de tabaco • Cantidad y frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas. Embriaguez
	Revisiones médicas y prevención de enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio de citología vaginal • Asistencia al urólogo • Asistencia a revisiones médicas periódicas • Asistencia al dentista • Autoexploración de mamas
	Normas de circulación vial (como peatón, chofer y acompañante en vehículo)	<ul style="list-style-type: none"> • Acatamiento de señales de tránsito (semáforos, cruce de calles en esquinas) • Uso de cinturón de seguridad, casco para motocicleta y bicicleta. • Respeto de los límites de velocidad

CUADRO 2. AUTOCUIDADO. DIMENSIÓN EMOCIONAL Y SOCIAL

DIMENSION	NUCLEO	PRACTICA
Emocional	Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo habitual • Autoimagen y autoestima
	Expresión de sentimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Facilidad o dificultad para la expresión de sentimientos y emociones • Frecuencia de sentimientos positivos hacia sí mismo y los demás • Frecuencia de sentimientos negativos hacia sí mismo y los demás
	Relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de la comunicación con los demás • Calidad de las relaciones familiares • Calidad de las relaciones sociales
	Satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecto de vida • Desarrollo personal • Desarrollo profesional • Vida sexual
Social	Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de las interrelaciones laborales • Satisfacción laboral • Situación económica
	Esparcimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia y cantidad de actividades de esparcimiento • Satisfacción con las actividades de esparcimiento
	Participación	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios y grupos con los que se participa

Fuente: Construcción propia. Morelos 2003

Cultura:

La definición que se toma de cultura es la que enuncia C. Geertz en el sentido de que “el hombre es un animal inserto en tramas de significación que él mismo ha tejido, considero que la cultura es esa urdimbre y que el análisis de la cultura ha de ser por lo tanto, no una ciencia experimental en busca de leyes, sino una ciencia interpretativa en busca de significaciones.” Menciona además que la cultura es un documento activo y pública y “es pública porque la significación lo es” (Geertz, 2001:24-6)

Modelo médico hegemónico:

Se parte de la definición sobre el MMH, acuñada por Menéndez:

“el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1990:83).

Para concluir este capítulo es conveniente señalar que los tres conceptos principales enunciados en los párrafos anteriores: autocuidado, cultura y MMH, se articulan en este trabajo, partiendo del supuesto de que la cultura es una fuente fundamental para la construcción del autocuidado de las personas y conjuntos sociales.

La ocupación y las condiciones de existencia en conjunto con la cultura conforman la esfera macrosocial. Los médicos han cimentado su ocupación a partir de la formación académica dentro del MMH, el cual les ha proporcionado un sentido común y una lógica de pensamiento apegado a la ciencia en general pero con un matiz específico de su grupo cultural.

El autocuidado forma parte del mundo íntimo y personal y se ubica en el espacio microsocia, en dónde se ponen en juego las condiciones de existencia y la cultura que se encuentran en el espacio macrosocia.

CAPITULO III

ACERCA DE LA METODOLOGÍA.

3.1 Reflexiones que dan sustento a la metodología.

El método utilizado fue el etnográfico en el sentido enunciado por C. Geertz, es decir, no sólo en las técnicas antropológicas sino en que el análisis de la información recolectada en el trabajo de campo se acerque a lo que este autor llama como descripción densa.

Hay dos elementos que menciona C. Geertz que proporcionaron elementos de reflexión metodológica: uno de ellos es el que plantea este autor al señalar que los escritos antropológicos son interpretaciones de segundo o tercer orden, en la medida que han sido hechos sobre grupos sociales culturalmente diferentes de la cultura a la que pertenecen los antropólogos y señala que sólo un “nativo” puede hacer interpretaciones de primer orden (Geertz, 2001:28). Con este planteamiento, considero que las interpretaciones que realicé con esta investigación se ubicarían en interpretaciones de primer orden, en la medida que el grupo con quienes realicé el trabajo es mi propio grupo; no sólo porque pertenezco al gremio médico, sino porque parte del trabajo de campo lo realicé en el ámbito laboral de mis colegas y el mío propio.

El segundo de tales elementos gira en torno a una discusión que se presenta en las ciencias sociales relacionada con que el proceso de investigación consiga realmente recoger “el punto de vista de los otros o del actor”. Geertz menciona que dos conceptos del psicoanalista Heinz Kohut resultan útiles para el análisis de este tema. Este autor, citado por Geertz denominó dos conceptos: experiencia próxima y experiencia distante, la primera es definida como:

“...aquel que alguien –un paciente, un sujeto cualquiera o en nuestro caso un informante- puede emplear naturalmente y sin esfuerzo alguno para definir lo que él o sus prójimos ven, sienten, piensan, imaginan, etcétera, y que podría comprender con rapidez en el caso de que fuese aplicado de forma similar por otras personas. Un concepto de experiencia distante es, en cambio, aquel que los especialistas de un género u otro –un analista, un experimentalista, un etnógrafo, incluso un sacerdote o un idiólogo- emplean para impulsar sus propósitos científicos, filosóficos o prácticos” (Geertz, 1994:75).

De nuevo al igual que en el concepto de las interpretaciones de primer orden, me ubico dentro de una experiencia próxima en la medida que formo parte del mismo grupo al que entrevisté y observé.

Geertz menciona tres componentes metodológicos que él considera tienen relevancia para la comprensión etnográfica del pensamiento moderno: utilización de datos convergentes, explicación de las clasificaciones lingüísticas y la investigación del ciclo de vida (Geertz, 1994:182-88). Los dos primeros aportan elementos metodológicos para este trabajo.

La utilización de datos convergentes es definida por este autor como aquellos materiales recolectados durante el trabajo de campo que se refieren a personas concretas de lugares y espacios específicos, personas vinculadas entre sí, que comparten múltiples momentos de sus vidas. Se refiere además a las comunidades no sólo naturales en regiones geográficas, sino a comunidades académicas. Este acercamiento de Geertz permite definir que las observaciones y entrevistas realizadas con el gremio médico y profesionistas de otras disciplinas que comparten el espacio laboral y una serie de actividades profesionales y académicas se constituyen en los datos convergentes a partir de los cuales surge el análisis y los resultados de este trabajo.

El segundo aspecto: las clasificaciones lingüísticas está relacionado con el lenguaje que utilizan las distintas disciplinas y el planteamiento de Geertz es rotundo en

el sentido de señalar que el análisis del significado parte de analizar el lenguaje de palabras y términos clave, que una vez comprendidos en su vasta magnitud permiten comprender el pensamiento de quienes pertenecen a determinada disciplina, para decirlo en palabras del autor, él señala "...creo que los términos a través de los que los devotos de una carrera académica representan sus intenciones, juicios, justificaciones, etc., son un largo camino –cuando uno se los comprende adecuadamente–, hacia la comprensión de lo que constituye esa carrera" (Geertz, 1994:185). La comprensión del lenguaje cotidiano del gremio médico fue una de las herramientas clave para adentrarse en el análisis de los significados y profundizar en la comprensión de su pensamiento. Además muchas de las palabras utilizadas por los médicos/cas (por ejemplo riesgo o estilos de vida) que muestran un claro matiz de lo que significan esos términos para acciones concretas de su vida; han rebasado las fronteras de su disciplina e influenciado el pensamiento de la población en general.

3.2 Actores, espacios, y técnicas de investigación.

Se realizó el trabajo de campo desde principios de 1999 hasta febrero del 2001, en dos espacios donde laboran médicos y profesionistas universitarios de áreas ajenas a la salud. Así se trabajó en el Hospital General de Cuautla, Morelos y en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). La selección de estos centros de trabajo tuvo la finalidad de incluir médicos/cas de las distintas especialidades y áreas médicas.

El inicio del trabajo de campo en el Hospital General de Cuautla no tuvo mayor dificultad. En septiembre de 1998 se presentó el protocolo de investigación con las autoridades de la institución, quienes efectuaron una revisión de los aspectos de investigación y ética y antes de finalizar ese año, dieron su aprobación para que iniciara el trabajo. En el INSP (donde laboro), de igual manera se sometió para su revisión el

protocolo de investigación ante las distintas comisiones (investigación, ética y bioseguridad) que regulan la investigación en la institución y después de un proceso que inició en septiembre 1998, se autorizó iniciar con el estudio en julio de 1999. En ambas instituciones el estudio siguió los mismos procedimientos éticos de investigación.

Se acudió al Hospital General de Cuautla en todos los turnos² distintos días de la semana, de marzo a diciembre de 1999, después se realizaron visitas para efectuar entrevistas en profundidad a dos médicas en los horarios, espacios y días que ellas propusieron.

Los profesionistas universitarios fueron el personal de otras áreas (contaduría, economía, informática, arquitectura etc.) que labora en los mismos centros de trabajo que los médicos/cas salud y que cubrieron los criterios de selección.

En ambos sitios se solicitó al departamento de personal una plantilla para ubicar al personal médico y no médico que perteneciera al grupo de edad entre 40 y 50 años. A partir de esta información se estableció contacto con cada persona de la lista, se les explicó en que consistía la investigación y en caso de aceptar se les entregaba el cuestionario y firmaban una carta de consentimiento bajo información, fijando una fecha para regresar por el instrumento ya contestado.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Pertenecer al grupo de edad de 40-50 años.³
2. Médicos/cas en ejercicio activo de su profesión que laboren en las instituciones de salud elegidas.

² En los hospitales se tienen turnos de ocho horas las 24 horas del día (matutino, vespertino y nocturno) y lo que se llama jornada acumulada: fines de semana y días festivos.

³ El autocuidado de la salud varía durante las distintas etapas de la vida, es decir, las prácticas de cuidado a la salud que se prodigan los adultos jóvenes son diferentes de aquellas que se proporcionan los adultos maduros; por tal razón se eligió el grupo de edad de adultos maduros porque habría dificultades metodológicas al analizar los significados y circunstancias que rodean las prácticas de autocuidado en adultos de distintas edades.

3. Personal con grado universitario distinto a la licenciatura de medicina y ejerciendo actualmente su profesión y que laboren en las instituciones mencionadas.

Los criterios de exclusión fueron:

1. Pertenecer a un grupo de edad distinto a los 40-50 años.
2. Médicos de otras instituciones distintas a las elegidas
3. Personal universitario de otras instituciones

Instrumentos.

Para la recolección de la información se utilizaron dos instrumentos: un cuestionario estandarizado y una guía de entrevista en profundidad.

a) Cuestionario estandarizado

Para el desarrollo de la investigación se diseñó un cuestionario pre-codificado de autoaplicación que contempla cuatro áreas: datos demográficos, salud física, salud emocional y vida de relación (Ver anexo 1). El cuestionario se estructuró con base en los núcleos básicos definidos previamente (Ver cuadros 1 y 2 del capítulo II).

La confiabilidad de este instrumento se estableció de la siguiente manera: se seleccionaron 10 informantes típicos, es decir, que reunieran las características de los participantes del universo de trabajo y a cada uno de ellos se les aplicó el cuestionario para: a) asegurar que los términos usados en el mismo tuvieran la misma connotación para la población encuestada que la que está usando el investigador y b) para indagar si la respuesta de los encuestados es fidedigna, lo cuál se hizo mediante la inclusión de preguntas cruzadas y de cotejo para establecer el grado o coeficiente de consistencia.

Una vez realizada esta validación del instrumento se le hicieron los ajustes convenientes para obtener un lenguaje unívoco y con las preguntas que aseguren un grado de consistencia en las respuestas mayor de 8.

Posterior a la aplicación de confiabilidad en el instrumento se aplicó una prueba piloto en un grupo de médicos/as y universitarios de otras áreas, ajenos al universo de trabajo; posteriormente se hicieron las correcciones pertinentes y se aplicó en la población sujeto de estudio.

b) Entrevistas en profundidad.

Posterior a la aplicación del cuestionario se llevaron a cabo las entrevistas. Se decidió aplicar ocho entrevistas: cuatro de médicos/as y cuatro del grupo de no médicos. Los criterios de selección fueron los siguientes:

1. Género
2. Estado civil
3. Peso/ Estatura
4. Consumo de tabaco.

El objetivo fue parear a dos entrevistados de la misma profesión con características diferentes en cuanto al estado civil, adicción al tabaco y control de peso en relación con su estatura (Cuadro 3). Estos datos se obtuvieron de un primer concentrado que se hizo del cuestionario y que facilitaron elegir al azar a los entrevistados de los informantes que contestaron el cuestionario. En el caso de los varones no médicos no se encontró a ninguno que cubriera las características señaladas y que no tuviera pareja, por tal motivo se eligió un varón con pareja sin hijos que cubría las otras características (tabaco y peso corporal).

CUADRO 3

CRITERIOS DE SELECCIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTA	GENERO	ESTADO CIVIL	PESO/TALLA	TABAQUISMO
1. Médica general	Femenino	Viuda	Adecuado	Negativo
2. Pediatra	Femenino	Unión Libre	Inadecuado	Positivo
3. Epidemiólogo	Masculino	Divorciado	Inadecuado	Positivo
4. Méd. internista	Masculino	Casado	Adecuado	Negativo
8. Socióloga	Femenino	Soltera	Inadecuado	Positivo
5. Biólogo	Masculino	Casado/sin hijos	Adecuado	Negativo
6. Arquitecto	Masculino	Casado	Inadecuado	Positivo
7. Química	Femenino	Casada	Adecuado	Negativo

Se entrevistó a cada persona tres ocasiones, debido a que en ese tiempo se completo la información que se requería. Las entrevistas fueron audio grabadas previo consentimiento de los entrevistados y se realizaron en los sitios y horarios que ellos fijaron. Cada entrevista duró entre una hora cuarenta y cinco minutos y dos horas con treinta minutos.

c) Observación.

Los cuestionarios y las entrevistas se complementaron con observación en los sitios donde se recolectó la información. Para el caso del Instituto Nacional de Salud Pública la observación tomó características de observación participativa, ya que es mi espacio laboral y por tanto, eso ha permitido realizar observaciones sin que mis colegas y mis compañeros en general se cuiden de mi presencia y observar en múltiples momentos y circunstancias. Las observaciones fueron registradas en un diario de campo para posteriormente analizar dicho material.

3.3 Plan de análisis.

El cuestionario fue codificado y capturado en el programa computacional Fox Pro v. 4 y se procesó en Stata v. 6. Se obtuvieron frecuencias simples y se realizó análisis bivariado.

Se efectuó un análisis comparando el grupo de médico con el de no médicos con todas las variables del cuestionario y como prueba estadística se llevaron a cabo diferencias de proporciones entre grupos a un nivel de confianza del 95%.

El material obtenido con las entrevistas y el diario de campo fue transcrito en el programa computacional Word y codificado y analizado en el programa Ethnograph v.4. Se elaboró un listado de temas, paralelamente a la codificación se construyeron diversas tablas, esquemas y diagramas comparativos que concentraron los resultados cualitativos.

Los temas que guiaron la codificación y análisis de las entrevistas y el diario de campo se enuncian a continuación.

Aspectos generales:

Contexto: aspectos relacionados con la conformación de la familia del entrevistado y cuestiones personales del ámbito laboral y social.

Cambios en el autocuidado con la edad: de qué manera han cambiado los cuidados que se prodigan o la manera de ver su cuerpo.

Familia de origen: hábitos adquiridos durante la infancia, adolescencia, en los que la influencia de la familia de origen ha sido decisiva.

Influencia de la profesión: de qué manera la profesión del entrevistado ha influido para el autocuidado que se prodiga.

Semejanzas y diferencias: semejanzas y diferencias entre colegas de la misma profesión en relación al autocuidado.

Obstáculos y facilidades: las dificultades y facilidades que la propia profesión le proporciona para el autocuidado.

Satisfacción/insatisfacción. la satisfacción/insatisfacción que encuentra en las distintas actividades que realiza dentro de las esferas familiar, laboral-profesional y social y con su proyecto de vida.

Proyecto de vida: expectativas, metas y objetivos que se había trazado, cuáles ya tiene cubiertos y cuáles le faltan por alcanzar en todas las esferas (familiar, laboral-profesional y social)

Institución y autocuidado: la influencia que directa o indirectamente tiene la institución donde labora o ha laborado en su autocuidado.

Rutina de trabajo: horarios, cargas de trabajo, ambiente laboral, relaciones interpersonales con compañeros de trabajo, jefes inmediatos, exigencia laborales.

Salud emocional:

Identificación de conflictos: los mecanismos que utiliza para la identificación de conflictos tanto con la familia como en los otros ámbitos donde realiza interacción personal.

Manejo de conflictos: de qué manera resuelve los problemas y/o conflictos tanto con su familia como en el trabajo y en la vida social en general.

Estado de ánimo: fluctuaciones del estado de ánimo y qué lo afecta.

Fuentes de angustia: qué causa angustia, tanto en el ámbito familiar, como laboral y social

Sexualidad: forma de vivir la sexualidad, uso de condón, sexo seguro, satisfacción sexual.

Salud física:

Peso: peso corporal en relación con la estatura y dificultades para mantener el peso adecuado.

Ejercicio: frecuencia y duración con la que realiza algún tipo de actividad física, ejercicio o deporte.

Alimentación: calidad y cantidad en la alimentación, frecuencia horarios y sitios y personas con quienes se comparten las comidas de manera cotidiana.

Descanso: ritmos de sueño y vigilia, sueño reparador.

Dentista y aseo dental: frecuencia y motivos por los que se acude al dentista, así como frecuencia con el que se realiza el aseo dental.

Revisiones médicas, Papanicolaou (PAP) o citología Cervico-vaginal y autoexploración de mamas. frecuencia con el que se acude a revisiones médicas, PAP y con el que se realiza la autoexploración de mamas.

Traslados como chofer o peatón: rutas de traslado de un lugar a otro, reglas de vialidad que se siguen cuando se maneja algún vehículo o cuando se es peatón.

Tabaco: adicción al tabaco, frecuencia y cantidad, motivos que inducen a esta adicción.

Bebidas alcohólicas: adicción a las bebidas alcohólicas, frecuencia y cantidad, motivos que inducen a esta adicción.

Salud del área social:

Recreación y esparcimiento: actividades realizadas sólo o acompañado con la finalidad de obtener esparcimiento.

Apoyo para el autocuidado: quienes apoyan al entrevistado para su propio autocuidado o quienes le facilitan el que se prodigue autocuidado.

Cuidados a otros: participación del entrevistado en el apoyo de autocuidado a otros miembros de su familia.

Significados: significados o motivaciones que se tienen para hacer o no hacer determinadas cuestiones relacionadas con el autocuidado.

Las fases en que se dividió el análisis de las entrevistas fue la siguiente:

1. Lectura de las entrevistas y elección de categorías
2. Selección en cada una de las entrevistas de las categorías
3. Análisis por categoría, diferenciando cada entrevista y por grupo de médicos y no médicos con la intención de encontrar regularidades y diferencias.

4. Elaboración de tablas de concentración a partir de los significados en cada uno de las categorías, agrupándolos en el grupo de médicos y no médicos

Las categorías que se analizaron en las entrevistas giraron alrededor de un eje central que fue el autocuidado.

CAPITULO IV

CONTEXTO Y UBICACIÓN DE LOS ACTORES/ACTRICES DEL ESTUDIO

4.1 Características sociodemográficas.

El total de médicos y profesionistas de este grupo de edad que laboraban en estas instituciones era de 162, se aplicaron 142 cuestionarios, 62 (44%) correspondieron a médicos/cas y 80 (56%) a profesionistas universitarios de otras áreas. Se tuvo una tasa de respuesta de 88 por ciento.

Con relación a la edad el 75% se ubicó entre los 40 y 45 años, el 49% fueron hombres y 50% mujeres, en cuanto al estado civil el 59% eran casados, 16.2% solteros, 11.2% unión libre y el 11% divorciados, viudos o separados, el 3% no especificó, con relación a la jefatura de hogar el 68% eran jefes de familia.

En cuanto a la especialidad médica el 47% correspondió a los sanitaristas (salud pública), el 16.1% a medicina general y familiar, 6.4% a gineco-obstetricia y porcentajes menores a pediatría, cirugía, medicina interna, traumatología, patología, anestesiología y radiología.

Del grupo de no médicos el 45% correspondió a profesionistas del área biológica (biología, química, nutrición, veterinaria), 26.2% correspondió a aquellos del área social (sociología, antropología, geografía, pedagogía, filosofía, economía), el 20% al área administrativa (contaduría y administración) y el 8.7% al área físico-matemático (ingeniería y arquitectura).

4.2 Características de la salud física, emocional y vida de relación.

Los siguientes datos corresponden al conjunto de todos los encuestados indistintamente de su pertenencia profesional. Se encontró que el 41.4% tenía sobrepeso, lo cuál es incongruente con el dato referente al consumo de alimentos con base en criterios de calidad: el 74.8% reportó consumir una dieta adecuada. Se encontró un 24.6% de tabaquismo y el 60.7% reportó el consumo de bebidas alcohólicas, de los cuales el 50% señaló un consumo moderado sin llegar a la embriaguez, por el contrario el 50% reportó distintas frecuencias de consumo que los llevan a la embriaguez. En cuanto al ejercicio físico el 69.7% reportó que lo realiza con regularidad. El 75% mencionó que realiza actividades de esparcimiento y el 64.5% que su sueño/descanso es adecuado. Con relación al respeto de las normas de circulación vial el 57.8% reportó que se ciñe a dicha normatividad. En cuanto a la asistencia a revisiones médicas se indagó la asistencia a la toma de muestra para el Papanicolaou en el caso de las mujeres y la asistencia al urólogo en el caso de los varones, así el 86.5% de las mujeres señaló que se realiza este examen periódicamente y el 4.3% de los hombres acuden a revisiones urológicas; para las mujeres también se indagó la autoexploración mamaria y el 47.1% mencionó que se realiza este autoexamen mensualmente. El 40.7% reportó asistir al dentista por motivos de prevención. El 31.7% señaló que utilizan condón con parejas no habituales y el 61.2% que practica el sexo seguro.

Las características relacionadas con el área emocional y vida de relación se presentan en el cuadro No. 4

CUADRO. 4

CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD EMOCIONAL Y VIDA DE RELACIÓN. MÉDICOS Y NO MÉDICOS.

VARIABLE	% n=142
Buen estado de ánimo	84.5
Frecuentes pensamientos positivos respecto a sí mismo	95.0
Frecuentes pensamientos negativos contra sí mismo	38.1
Frecuentes pensamientos negativos hacia los demás	18.2
Satisfacción con la imagen de sí mismo	92.2
Satisfacción con el proyecto de vida	85.1
Satisfacción con la vida sexual	93.5
Satisfacción con el desarrollo personal	88.6
Satisfacción con el desarrollo profesional	81.2
Adecuadas relaciones familiares	78.0
Satisfacción con la situación laboral	82.8
Satisfacción con el esparcimiento que se realiza	79.2

Fuente: cuestionario propio. Estado de Morelos 2000

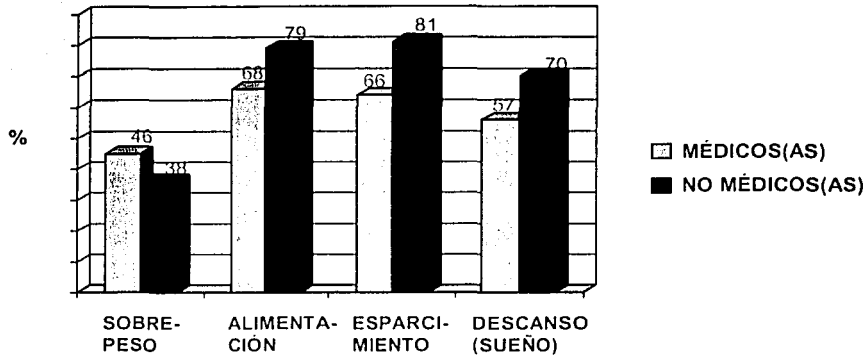
4.3 Características de la salud física, médicos y no médicos

De las características agrupadas en salud física y al comparar a los médicos con los no médicos, llama la atención que los primeros tuvieron porcentajes mayores de sobrepeso (45.90% vs 37.97%, $p=0.345$) y justamente ligado a este aspecto, menores porcentajes de cuidar el consumo de alimentos con base en criterios de calidad y cantidad (68.33% vs 79.75%, $p=0.125$). El sobrepeso se determinó a partir del índice de la masa corporal propuesto por Vargas y Casillas (Vargas L.A., Casillas L., 1998:626-7). La limitante en este aspecto es que sólo un 5% de los encuestados registraron su peso y talla, el resto sólo contestó positivo o negativo a la pregunta del cuestionario que indagó acerca de mantener su peso dentro de límites normales de acuerdo a la estatura, es así que con esta respuesta se obtuvieron los datos de sobrepeso.

El consumo de alimento, con base en criterios de calidad y cantidad, fue semejante a lo que encontraron en un estudio con médicos irlandeses, en los cuáles se mostró que un 68.2% tenían la percepción de consumir una dieta saludable (O'Connor, 1998:7)

Con relación a las actividades de recreación se reportó lo siguiente: los médicos dedican menor tiempo al esparcimiento (66.67% vs 81.25%, $p=0.049$); esta variable resultó ser estadísticamente significativa entre ambos grupos. Ligado a lo anterior se encuentra el descanso y sueño, en donde se encontró que las posibilidades de que el sueño sea suficiente para tener energía en las actividades de la vida cotidiana son menores en comparación con el grupo de no médicos (57.38% vs 70.00%, $p=0.121$) (Gráfica 1). El esparcimiento y descanso están vinculados estrechamente a las actividades laborales y los médicos, sobre todo aquellos que realizan trabajo clínico, llegan a tener multicontratación con diversas instituciones de salud o de educación superior, además pueden simultáneamente atender consulta privada (Bronfman, 1997:548; Ortiz Quezada, 1997:9-24); de manera que tienen jornadas prolongadas de trabajo y no son dueños de su tiempo, lo cuál limita las posibilidades de descanso y recreación como se observa en los datos mostrados anteriormente.

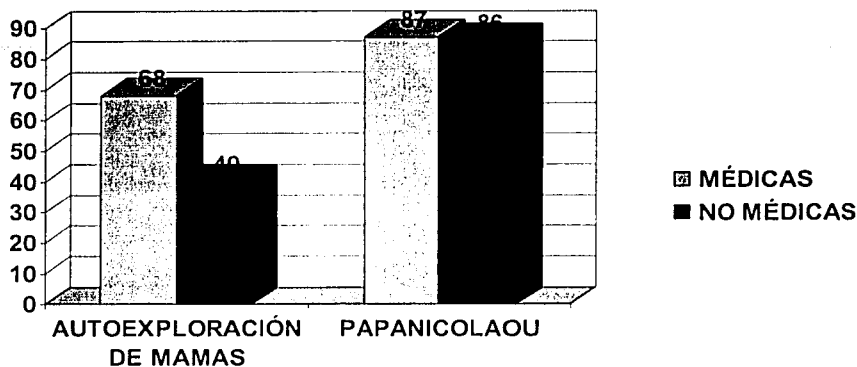
GRÁFICA 1. CARACTERÍSTICAS ÁREA FÍSICA. MEDICOS Y NO MEDICOS.



Fuente: Cuestionario propio. Estado de Morelos 2000

En otras acciones de autocuidado los médicos obtuvieron menores porcentajes que el grupo de no médicos, tal es el caso del aseo dental (67.74% vs 77.50%, $p=0.355$) y sexo seguro (58.1% vs 63.5%, $p=0.674$), en el uso de condón los datos son muy similares (32.7% vs 31.0). De igual manera los porcentajes de citología cervico-vaginal son semejantes entre médica y no médicas (86.96% vs 86.36 $p=0.946$). Este último aspecto es diferente a lo reportado por O'Connor, quien en su investigación encontró que un tercio de las médicas nunca se ha realizado este estudio (O'Connor, 1998:1). Situación diferente se encontró en la autoexploración de mamas, aquí, las médicas presentaron mayores porcentajes que las no médicas realizándose esta exploración mensualmente; ésta variable fue estadísticamente significativa (68% vs.40%, $p=0.028$) (Gráfica 2).

GRÁFICA 2. PAPANICOLAOU Y AUTOEXPLORACIÓN. MÉDICAS Y NO MÉDICAS



Fuente: Cuestionario propio. Estado de Morelos 2000

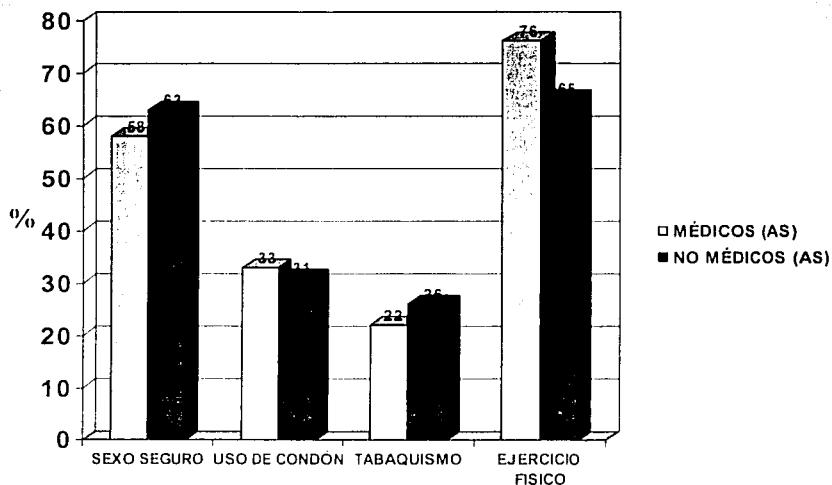
En el caso de los varones y la visita al urólogo para la detección del cáncer de próstata, la situación fue semejante entre ambos grupos, no asisten a revisión (94% vs. 97% $p=0.607$)

Hubo menores porcentajes en el grupo de los médicos en cuanto al tabaquismo (22% vs 26%, $p=0.615$). La prevalencia encontrada en este estudio es semejante a la encontrada en los Institutos Nacionales de Salud, por Sansores y cols. (22%) (Sansores, RH y cols., 1999:384), pero mayor a la que se señala para médicos en Estados Unidos de América (4.9%) y en Costa Rica (19%) (Hensrud, DD y cols, 1993:415; Grossman, DW y cols., 1999:316-17). Contrario a lo anterior, se encontró que los médicos tuvieron porcentajes mayores en el consumo de bebidas alcohólicas (65.5% vs 56.9% $p=0.301$).

Otros aspectos en los que el grupo de médicos obtuvo porcentajes mejores que los no médicos fueron en cuanto al ejercicio físico (76% vs 65%, $p=0.165$), el respeto a

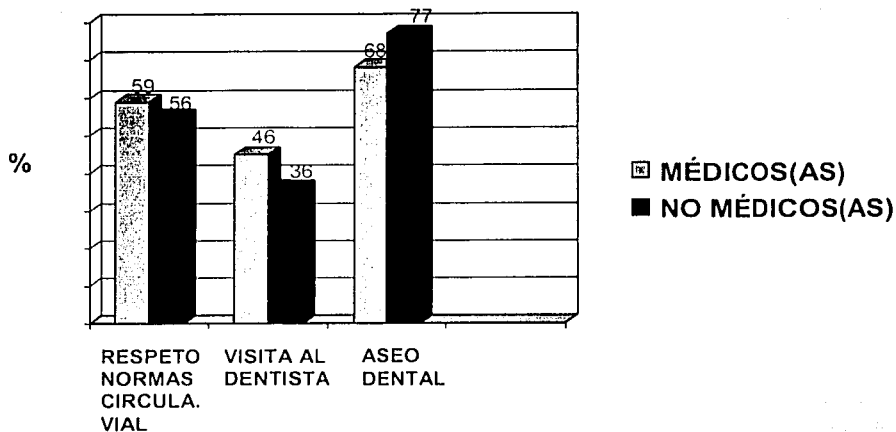
las normas de circulación vial (59% vs 56%, $p=0.839$) y frecuencia de visitas al dentista por motivos de prevención (46% vs 36%), esta misma variable reportó datos diferenciales en cuanto a la nula asistencia a este servicio (4.92% vs. 12.66%); estos datos en conjunto tuvieron significancia estadística ($P=0.026$) (Gráfica 3 y 4). Los médicos de este estudio mostraron porcentajes mayores en cuanto a ejercicio físico que lo encontrado para médicos irlandeses, en donde se encontró que el 42% señalaron realizar ejercicio (O'Connor, 1998:7).

GRÁFICA 3. SEXO SEGURO, TABAQUISMO Y EJERCICIO FÍSICO EN MÉDICOS Y NO MÉDICOS.



Fuente: Cuestionario propio. Estado de Morelos 2000

GRÁFICA 4. NORMAS DE VIALIDAD, ASISTENCIA AL DENTISTA. MEDICOS Y NO MEDICOS.



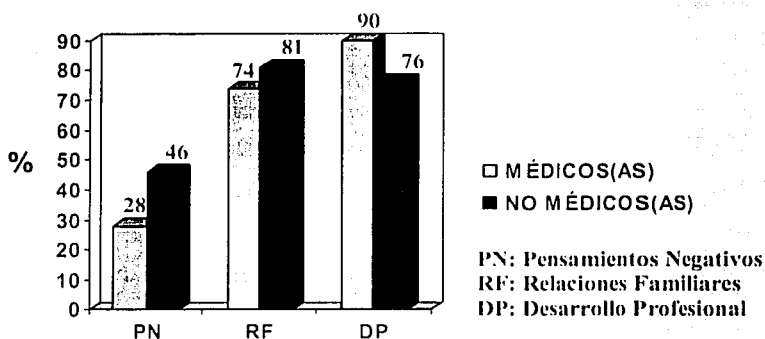
Fuente: Cuestionario propio. Estado de Morelos 2000

4.4 Características del área de la salud emocional y vida de relación.

No hay diferencias importantes en ambos grupos en cuanto a las siguientes variables: estado de ánimo, expresión de sentimientos, satisfacción con el proyecto de vida, desarrollo personal, comunicación con las personas cercanas. Existen tres aspectos con diferencia notable: el primero de ellos está relacionado con la frecuencia con que se tienen pensamientos negativos contra sí mismo (lo cual está relacionado de alguna manera con el autoestima); en esta variable los médicos obtuvieron porcentajes menores que el grupo de no médicos, lo cual fue estadísticamente significativo (28% vs 46%, $p=0.028$). Por otro lado, los médicos tuvieron un menor porcentaje en cuanto a mantener buenas relaciones familiares en relación con los no médicos (74% vs 81%, $p=0.347$). La otra diferencia es en cuanto a la satisfacción en el desarrollo profesional, los médicos mencionaron un mayor porcentaje en comparación con los otros profesionistas (90% vs 76%, $p=0.076$), en esta variable se encontró un significado

estadístico marginal (Gráfica 5). Ambos grupos manifestaron porcentajes importantes de insatisfacciones con la situación económica personal, con los bienes materiales de que se dispone (15% vs 20%, $p=0.689$) y con las actividades de esparcimientos que realizan (12.9% vs 23.0%, $p=0.392$)

GRÁFICA 5. CARACTERÍSTICAS DEL ÁREA EMOCIONAL Y VIDA DE RELACIÓN. MÉDICOS Y NO MÉDICOS.



Fuente: Cuestionario propio. Estado de Morelos 2002

Como componente de la vida de relación, se indagó acerca de la participación de este grupo de profesionistas en distintos ámbitos, los resultados indican tanto en médicos como profesionistas universitarios porcentajes mínimos de participación, así los médicos participan en mayores porcentajes en comparación con los otros profesionistas en asociaciones médicas o profesionales (65% vs 39%, $p=0.003$) de padres de familia (31% vs 21%, $p=0.183$) y en grupos de voluntariados (31% vs 21%, $p=0.152$). En contraparte los profesionistas universitarios participan en mayores porcentajes en partidos políticos (6% vs 8% $p=0.777$) y asociaciones de vecinos (19% vs 27% $p=0.314$). De todos los espacios de participación, la única con significación

estadístico fue la referente a la mayor intervención de los médicos en asociaciones médicas o profesionales.

Del análisis estadístico de todas las variables del cuestionario, comparando el grupo de médicos con el de no médicos, sólo en algunas de ellas se encontró significado estadístico (Cuadro 5.), de los cuales se realizaron comentarios y observaciones en los párrafos anteriores

CUADRO 5.
VARIABLES CON SIGNIFICADO ESTADÍSTICO EN LAS ÁREAS
FÍSICA, EMOCIONAL Y VIDA DE RELACIÓN DE MÉDICOS Y NO
MÉDICOS

VARIABLE	MED % n=62	NOMED % N=80	P
Asistencia al dentista por prevención	41	36	0.026
Autoexploración mensual de mamas	68	36	0.019
Actividades de esparcimiento y recreación	66	81	0.049
Escribir por lo menos una vez a la semana	77	61	0.053
Frecuentes pensamientos negativos contra sí mismo	28	46	0.028
Insatisfacción con el desarrollo profesional	10	24	0.076*
Participación en asociaciones médicas y/o profesionales	65	39	0.003

Significado marginal

Fuente: cuestionario propio. Estado de Morelos 2002

En contraparte a los datos del cuadro 5 y como se describió en párrafos anteriores, en el análisis del cuestionario se encontraron variables en cuyos datos los médicos presentaron cifras distintas del grupo de no médicos pero que no hubo significado estadístico y que sin embargo muestran dificultades en el autocuidado de

parte de los médicos. A manera de síntesis, se presenta esta información en la que confluyen datos del área física y vida de relación (Cuadro 6).

CUADRO 6
CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO DE MÉDICOS/CAS Y NO MÉDICOS/AS

VARIABLE	MEDICOS	NO MED.	P
	%	%	
Peso	46	38	0.345
Consumo de alimentos con base en criterios de calidad	66	79	0.125
Sueño/descanso	57	70	0.121
Aseo dental	68	77	0.355
Sexo seguro	40	59	0.674
Mantener buenas relaciones familiares	74	81	0.347

Fuente: Cuestionario propio. Morelos 2000

Analizando las prácticas de autocuidado en las que los médicos mostraron mejores condiciones en relación con los profesionistas universitarios (tabaquismo, frecuencia de visitas al dentista, autoexploración de mamas) podrían ser explicadas a partir de varias circunstancias: en épocas recientes se han adoptado políticas para normar los sitios públicos en los que se puede fumar y las instituciones de salud son espacios en los que está prohibido fumar, esto podría ser un factor que ha contribuido a disminuir la prevalencia de tabaquismo. La frecuencia de visitas al dentista y autoexploración de mamas puede ser una combinación de mayor accesibilidad a programas de salud y prestadores de servicios, así como información más precisa (a la que no tienen tanto acceso las mujeres de otras profesiones).

La variable referente a escribir con mayor frecuencia, fue indagada en el área del esparcimiento y los médicos/as tuvieron mayores porcentajes, sin embargo, aquí

sería preciso mencionar que este hecho puede no ser exactamente una actividad de recreación, ya que muchos de los encuestados son investigadores del INSP y por esa razón una de las actividades laborales fundamentales de su quehacer profesional es justamente escribir.

Los resultados de la variable relacionada con la insatisfacción profesional, se podría explicar a partir de que la investigación se realizó en instituciones de salud y lo más probable es que el gremio médico se encuentre realizando las actividades propias de su profesión, al contrario es posible que los profesionistas de otras disciplinas (arquitectos, contadores etc.) encuentren que las actividades laborales que realizan no son acordes con su expectativa profesional. Posiblemente éstos hallazgos contribuyan a explicar los resultados del aspecto relacionado con la autoestima, encontrados a partir de la variable relacionada con la frecuencia de pensamientos negativos contra sí mismo; en dónde los médicos/cas obtuvieron porcentajes menores.

4.5 Autocuidado y género

Desde el planteamiento de este estudio se señaló el interés por indagar las diferencias en el autocuidado entre hombres y mujeres, partiendo del supuesto de que los varones se cuidan más por el hecho de que en el contexto familiar se les brindan facilidades para su autocuidado, sin embargo, los resultados del cuestionario muestran que los varones incurren en prácticas más riesgosas que las mujeres tales como el consumo de bebidas alcohólicas (68.0% vs 51.4% $p=0.030$), mayor sobrepeso (50.0% vs 31.4% $p=0.078$) y menor utilización del condón y sexo seguro (9.7/41.6 vs 2.8/70.0 $p=0.002$); estas variables mostraron significancia estadística. Específicamente en el caso de la frecuencia con que se consumen bebidas alcohólicas hasta llegar a la embriaguez

en distintos periodos durante un año, los varones mencionaron realizarlo en un mayor porcentaje (56.9% vs 18,5%).

En otras variables los porcentajes fueron muy semejantes entre hombres y mujeres (tabaquismo, sueño/descanso, ejercicio físico, estado de ánimo habitual, actividades de esparcimiento).

Se encontraron porcentajes mayores entre las mujeres en comparación con los hombres en variables relacionadas con la salud emocional y vida de relación: insatisfacción sexual (10.0% vs 2.7% $p=0.066$), práctica de deportes en equipo (12.8% vs 27.7% $p=0.057$) y participación en movimientos de ayuda a la mujer (21.4% vs 4.1% $p=0.006$). Todas estas variables tuvieron significación estadística (cuadro 7). La insatisfacción de estas mujeres profesionistas puede ser explicado porque las mujeres de este grupo de edad (40-50 años) se ubican en una etapa de la vida en que pueden haber tenido ruptura de pareja y se encuentran solas o bien se continúa con una unión insatisfactoria.

El hecho de que los hombres incurran en mayores riesgos que las mujeres encuentra concordancia con la diferencia que existe entre las principales causas de mortalidad en edad productiva por sexo en el país. En el caso de los varones la cirrosis hepática y los accidentes y violencia se encuentran dentro de las tres primeras causas de muerte y éstas se encuentran relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas. De igual manera se encuentra en el lugar octavo, noveno y décimo las enfermedades isquémica e infarto agudo del corazón y la diabetes mellitus; causas relacionadas con el sobrepeso. Por el contrario, en el caso de las mujeres la cirrosis hepática ocupa el décimo lugar y los accidentes y violencia no aparecen (SSA. 1996).

Con estos datos queda en evidencia que aunque los varones tengan mayor apoyo para su autocuidado, por cuestiones de género, los hombres asumen mayores riesgos lo

que conlleva a que tengan un perfil de mortalidad diferencial en relación con las mujeres.

CUADRO 7

AUTOCUIDADO DE HOMBRES Y MUJERES

VARIABLE	HOMBRE	MUJER	P
Tabaquismo	25.0	24.2	0.921
Consumo de bebidas alcohólicas	68.0	51.4	0.030*
Sobrepeso	50.0	31.4	0.078**
Consumo de alimentos con base en criterios de calidad	71.4	78.2	0.353
Sueño/descanso	63.8	64.2	0.612
Ejercicio físico	70.8	68.5	0.769
Respeto de las normas de conducción vial	84.7	68.5	0.096
No uso de condón / Sexo seguro	9.7 / 41.6	2.8 / 70.0	0.002*
Buen estado de ánimo habitual	87.5	85.7	0.315
Insatisfacción con la autoimagen	4.1	11.4	0.291
Insatisfacción con la vida sexual	2.7	10.0	0.066**
Insatisfacción con la situación laboral	12.5	21.4	0.137
Actividades de esparcimiento	75.0	72.8	0.958
Práctica de deportes en equipo	27.7	12.8	0.057**
Incremento en la relaciones sociales	55.5	64.2	0.042*
Participación en movimientos de ayuda a la mujer	4.1	21.4	0.006*

* significación estadística

** significación estadística marginal

Fuente: cuestionario propio. Morelos 2000

4.5 Descripción de casos que rehusaron contestar el cuestionario.

Los cuestionarios que no se aplicaron se debieron generalmente a que no aceptaron contestar.

Este último aspecto se enriqueció con las observaciones y el diario de campo. En su gran mayoría quienes rehusaron contestar el cuestionario fueron hombres y de distintos niveles (un directivo de alto nivel, mandos medios e investigadores o médicos especialistas, así como profesionistas universitarios de otras disciplinas). Con cada caso que se rehusó a contestar el cuestionario, regresé en diversas ocasiones hasta que finalmente me manifestaron su negación definitiva a contestarlo.

De quienes se negaron a contestar, elegí dos casos que me aportaron elementos de reflexión general, los cuales describo a continuación:

1) Un profesionista universitario, del grupo de no médicos que labora en el INSP, por lo tanto es mi compañero y nos conocemos mutuamente, cuando me presente ante él para hablarle del proyecto y pedirle si podría colaborar contestando el cuestionario, él me contestó que no quería contestarlo, yo insistí argumentando que para mi era importante y que él podía llevarse el cuestionario, contestarlo cuando tuviera oportunidad y que además no le ocuparía mucho tiempo, entonces él me dijo:

“Yo diseño, elaboro y aplico cuestionarios pero nunca los contesto, nunca he contestado ni el censo”

Considero que esta respuesta de alguna manera es semejante a los motivos de aquellos otros con quienes insistí en múltiples ocasiones y que no manifestaron sus razones pero que posiblemente comparten este pensamiento. Desde la posición de poder en que se encuentran los investigadores o como el caso de este compañero que no es exactamente investigador sino que colabora en el apoyo logístico de las investigaciones, el rol es de indagar, preguntar y hurgar en todos los aspectos (incluyendo aquellos íntimos) de la población pero no situarse en el lado contrario.

2) El otro caso ocurrió en el Hospital de Cuautla. Un médico cirujano joven (probablemente apenas en el inicio de los cuarenta años) quien en principio aceptó de muy buena gana contestar el cuestionario, sin embargo nunca fue posible que me lo devolviera a pesar de que se lo pedí en múltiples ocasiones, su comportamiento posterior fue por demás curioso: fingía no conocerme cuando le recordaba acerca del cuestionario o me esquivaba cuando me encontraba.

La interpretación de este último caso puede estar relacionada con que el cuestionario movía al análisis, a la reflexión y al cuestionamiento personal. Muchos de los colegas y compañeros que lo contestaron, me compartieron sus reflexiones señalando que justo cuando estaban rellenando el instrumento se habían percatado de una serie de aspectos que tenían descuidados. El cuestionario podía causar conflictos y probablemente ese fue el caso de algunos otros que no quisieron contestarlo.

En síntesis este capítulo aporta la siguiente información:

- Tanto en el área física como emocional y de vida de relación, los médicos de este estudio presentaron datos que en conjunto muestran prácticas inadecuadas. Esta información señala que en el caso del autocuidado y de acciones que promuevan la salud, no es suficiente el contar con conocimientos. Del saber a las acciones concretas existe una amplia brecha.
- El autocuidado se presentó diferencial por género. Los hombres incurrían en prácticas con mayores riesgos relacionadas con la forma de ser varón, por otro lado las mujeres presentan datos en menoscabo de su autocuidado relacionado más con el área emocional.
- El esparcimiento fue una de las variables con diferencia significativa entre ambos grupos. El esparcimiento y descanso están vinculados estrechamente a la

disposición del tiempo libre y en el caso de los médicos, la inserción laboral es un elemento que contribuye de manera importante a esta limitación.

CAPITULO V

DESENTRAÑANDO LOS SIGNIFICADOS DEL AUTOCUIDADO

“...Y las causas lo fueron cercando, cotidianas, invisibles. Y el azar se le iba enredando poderoso, invencible.....”
Silvio Rodríguez (Causas y azares)

El autocuidado se inserta dentro de la vida cotidiana de las personas, de tal manera que en el desarrollo que se muestra a partir de este capítulo y el subsiguiente se encuentran los temas de las entrevistas relacionados con las actividades diarias que realizan los entrevistados y los espacios en donde éstas se llevan a cabo. La casa y el espacio laboral son los sitios centrales que recurrentemente se manifiestan en el análisis de las entrevistas.

De los aspectos generales de los entrevistados se puede mencionar que en cuanto al estado civil hubo cuatro casados (tres varones y una mujer); cuatro sin pareja con distinto estado civil. En el anexo 4 se presenta una breve síntesis de las características generales de los entrevistados.

En este capítulo se agrupan los temas relacionados con la familia de origen de los entrevistados, las modificaciones sobre autocuidado que ha habido alrededor de su persona, su profesión y la institución donde laboran.

5.1 Del ayer al ahora

5.1.1 Cambios en el autocuidado con la edad.

En ambos grupos (médicos/cas y no médicos/cas) ha habido cambios de la etapa de la adolescencia, juventud a la edad adulta. Los eventos de salud-enfermedad padecidos en la juventud o ya en la edad adulta han contribuido de manera importante a que se den modificaciones en el tipo de alimentación. Así puedo decir que de tener una

dieta con un alto consumo de carnes rojas y grasas (debido a problemas gástricos o el inicio de hipertensión arterial o posterior a una intervención quirúrgica), se modifica radicalmente a una dieta con un alto consumo de frutas o verduras o un consumo mínimo o nulo de carnes rojas.

La edad misma va produciendo cambios reales y concretos en el cuerpo de las personas y es motivo de modificaciones en la forma de vida. En el caso de las mujeres justamente entre los cuarenta y cincuenta años se puede presentar la menopausia y en algunas de ellas provoca cambios relevantes.

"...yo bajaba a caminar, no corro, bajaba a caminar o tomaba una clase de aeróbicos en la mañana, ya no lo he podido hacer, eso tiene como un año, en el cual empecé con todos los problemas que te llevan al insomnio, en fin, la presentación del climaterio ha afectado mucho mi ritmo de vida" (Ent. 05/1 socióloga:149-157)

La realización de ejercicio físico tuvo cambios con la edad a partir de la inserción laboral, sobre todo en el caso del grupo de médicos más que del grupo de no médicos, ha limitado el ejercicio físico. De los cuatro médicos/cas entrevistadas sólo una médica realiza ejercicio físico regularmente, los otros/a tres señalaron que a raíz de su actividad laboral la posibilidad de realizar cualquier tipo de ejercicio física o deporte se redujo notablemente, en uno de ellos prácticamente es nula. En contraste, el grupo de no médicos/cas a excepción de una de ellas, los otros tres han continuado realizando ejercicio físico, se proporcionan espacios y tiempos que les permiten combinar su intensa actividad laboral con la posibilidad de realizarlo.

El consumo de tabaco y alcohol en ambos grupos, de aquellos que son fumadores, se redujo en la edad adulta sin desaparecer totalmente; aunque de los fumadores/ras, tres de ellos/as señalaron que, por temporadas a partir de los 35 años, han tratado de abandonar la adicción al tabaco. La disminución del consumo de bebidas

alcohólicas lo relacionan con problemas de salud, para otros se debe a que no quieren exponerse y lo hacen para evitar riesgos, pensando en sus hijos:

"...pudieron haber sucedido cosas espantosísimas por excesos y por torpezas, borracho, drogado y lo que sea, o ya encarrilado, entonces si es una especie de estate quieto en ese sentido, de decir pues ya, ya te la pachangueaste, ya no puedes seguir así, sobre todo ahora que existen los enanos, es algo inclusive que ellos no tienen porque vivirlo, al contrario, tienen que ver que conmigo se pueden sentir seguros, que están bien, que no hay riesgos de nada, o sea si me ven acá todo descarrilado pues van a decir, pues que onda, de que se trata, entonces si por supuesto que es una cosa mucho más saludable, supongo que la crisis de los cuarenta." (Ent.03/3 médico epidemiólogo:1051-1065)

La edad en sí misma para el grupo de entrevistados/as, aún cuando no se tengan padecimientos o enfermedades, fue motivo suficiente para iniciar cuidados con la propia persona que antes no se tenían y abandonar hábitos que pueden perjudicar la salud como el tabaco o el tipo de alimentación.

"...tiene una semana que ya me hice el propósito de no fumar, porque es nocivo; dije no, ya hay que cuidarse, llega uno a cierta edad en que hay que cuidarse, ¡es que ya no es igual como cuando uno tiene veinte años!...." (Ent.02/1,2 médica pediatra:481-490, 385-390)

Para analizar los cambios o modificaciones que los entrevistados señalaron que han hecho en las distintas etapas de su vida, hasta llegar a la adultez; es útil recurrir al planteamiento de Laín Entralgo. De acuerdo a este autor la vinculación de los seres humanos con el mundo se da por medio del cuerpo, así a través del mismo se cobra conciencia de la permanencia en el mundo a partir de tres modos básicos: la conciencia del "aquí", la conciencia del "ahora" y la conciencia de los otros. Los dos primeros permiten el siguiente análisis (Laín Entralgo, 1984:132-3).

El primero de ellos, la conciencia del "aquí" se refiere a que es a partir del cuerpo y de su ubicación espacial en el mundo que se tienen dos nociones básicas: una extracorpórea que se relaciona con el cuerpo y el espacio exterior y la segunda intracorpórea que permite ubicar la pertenencia del cuerpo y justamente posibilita la percepción de sensaciones y sentimientos. El planteamiento es que los seres humanos

van teniendo sensaciones y sentimientos diferentes en relación con el cuerpo en las distintas etapas de la vida y que en la adultez, en la medida que el propio cuerpo va envejeciendo, los sentimientos pueden provocar cambios y modificaciones debido a las sensaciones corporales percibidas.

La conciencia del “ahora” es referida a la noción de temporalidad, El cuerpo es ubicado en la línea del tiempo: “antes”, “después”, “en aquel tiempo”, de modo que a partir de la conciencia del “ahora” se cae en cuenta de que en otros tiempos el cuerpo resistía más o era posible realizar otras actividades.

Estos dos conceptos: conciencia del aquí y conciencia del ahora, han permitido explicar y analizar los significados que han llevado a que los entrevistados realicen determinados cambios conforme han avanzado cronológicamente en las etapas de la vida. Además es necesario agregar que también existen aspectos socioculturales que influyen en las percepciones y sensaciones que se tienen en la vida adulta.

5.1.2. Familia de origen.

La influencia de la familia es inevitable y no es necesario insistir demasiado en la impronta que a cada individuo le deja su familia de origen. Esta influencia se hizo notable al realizar el análisis de las entrevistas en ambos grupos; así en aspectos como la alimentación, esparcimiento, descanso y manejo de conflictos, entre otros, se encontraron manifestaciones de las huellas de la familia de origen. En esta categoría no se encontraron diferencias entre los dos grupos, más bien características que tuvieron una influencia familiar decisiva en la vida adulta.

El aseo dental y la asistencia al dentista con fines preventivos fue una práctica que se originó en la niñez en el seno de la familia y que algunos integrantes del grupo de médicos/cas y otros del grupo de no médicos/cas la adquirieron y la continúan sin

cuestionamientos en la vida adulta. El asco dental se adquirió en mayor proporción que la asistencia al dentista.

El ritmo de sueño/vigilia, en los entrevistados de ambos grupos, también parece ser un hábito vinculado a etapas muy tempranas de la vida y a una dinámica familiar específica en donde las personas crecieron. Así se encontraron patrones distintos y todos los entrevistados señalaron que este hábito de descanso/actividad ha formado parte de su rutina durante las distintas etapas de su vida. En el caso de las mujeres, una de ellas del grupo de no médicos señaló que a partir de la menopausia su ritmo de sueño se trastornó debido al insomnio, aunque ella de hecho tenía un ritmo de dormir muy tarde y levantarse igual tarde desde antes de que se presentara este evento.

La alimentación es otro aspecto que muestra una clara influencia de la familia de origen. Ya sea el alto o mínimo consumo de frutas y verduras o de carnes, o abundante o escasa en sal o el gusto por el buen comer y evitar los productos chatarra, o la costumbre por comer de todo y no limitarse a sólo algunos alimentos; todo ello se adquirió desde la niñez en el seno de la familia y la cultura a la que se pertenece. De igual manera la frecuencia con la que se consumen alimentos (tres veces al día) o el hábito de no salir de casa, sin haber desayunado o almorzado; fueron características que los entrevistados de ambos grupos señalaron haber adquirido dentro de la familia de origen:

"Sí, digamos que así me enseñaron a comer de todo, bien y no quedarme con que pura carne asada y papas, no, o sea si hay sopa de verdura, pues órale, lo que sea, aunque a lo mejor hay una ensalada y no quiero, eso es porque no quiero, a veces pues venga la ensalada y otro plato, mas bien es el gusto por comer, comer bien, comida de calidad, no comida chatarra, no como comida de lata, ni ahora que estoy solo no me echo mis Campbell, ni nada de eso, si voy a comer, preparo algo, no así de comida de envase ni esas cosas."(Ent.03/1 médico epidemiólogo:939-953)

El ejercicio físico, el esparcimiento y la frecuencia con que se realizan estas actividades también mostraron tener una influencia familiar:

"Si [trato de salir de la monotonía] y yo creo que es algo además que me inculcó mi padre, todos los fines de semana salíamos desde chicos. [Cuando se caso]trate de mantener algunos hábitos." (Ent.07/1 arquitecto :1086-1096)

Una característica específica del género femenino que se puso en evidencia en ambos grupos fue que la familia les asignó el rol de cuidadoras de los otros. Tanto las médicas como las no médicas, en la etapa actual de su vida, cuidan de los padres/madres, hermanos/nas y cualquier otro miembro enfermo/a; no sólo cuidan de los enfermos sino que están al pendiente de la alimentación, de las cuestiones domésticas, del cuidado de la pareja y los hijos. Incluso una de ellas señalaba que:

"Esa función yo creo que es muy difícil que me la quite, me la enseñaron desde chica y eso te lleva a desproteger a ti misma por proteger a los demás....y eso le toca siempre al hermano mayor y te digo tengo un hermano mayor que es un varón pero la responsabilidad siempre ha sido de la mujer de ver a los hermanos pequeños, ese papel social que te dan desde chamaca en la casa y no lo puedes delegar...." (Ent.05/1 socióloga:749-753,779-785)

5.2. Profesión y espacio institucional

5.2.1 Influencia de la profesión:

[Galeno] Recordando este período, escribió: "Habiéndome persuadido, a los veintiocho años de edad, de que existe sin duda un arte de la higiene, seguí sus preceptos desde entonces y ya no fui presa de enfermedad alguna, salvo fiebres pasajeras ocasionalmente". En otras palabras llegó a ser uno de los pocos higienistas que viven con arreglo a sus propias enseñanzas.

H. Sigerist

La profesión tanto en el grupo de médicos como no médicos ejerce una influencia importante en diversos aspectos: la manera de interpretar y entender los fenómenos sociales, de explicarse el proceso salud enfermedad, las limitantes que ejerce su profesión (sobre todo en el grupo de médicos) para su vida cotidiana.

En esta categoría se encontraron diferencias en ambos grupos relacionadas con la demora o rapidez con que se busca atención médica tanto preventiva como curativa. Así en el grupo de médicos/cas se postergan las revisiones con un profesional de la salud cuando se tiene una sintomatología específica, porque se conocen de antemano los procedimientos que se harán y los posibles resultados; otra característica es que muy eventualmente se obtiene cita y se acude a consulta médica cuando se requiere, más bien lo que hacen los médicos/cas es la consulta de pasillo con algún colega que se encuentran casualmente o acudir con el dentista cuando lo tienen a la mano o mandarse a hacer exámenes de laboratorio en su propio ámbito laboral y ellos mismos evaluar los resultados.

Otro aspecto es que reconocen que se tienen conocimientos acerca del fenómeno salud-enfermedad, de los riesgos y problemas que acarrea determinada forma de vivir, sin embargo se dan cuenta que el contexto laboral en que se desenvuelven les limita de forma importante varios aspectos de su vida cotidiana: alimentación, sueño/descanso, esparcimiento. Lo anterior se hizo evidente en el grupo de los médicos/cas en comparación con los no médicos/cas, los primeros trabajan en diferentes instituciones, lo que conlleva a que laboren jornadas prolongadas de trabajo o aún que laboren en días que ordinariamente son de descanso. Dos entrevistados (una médica y un médico) trabajan toda la semana, sin tener ningún día de descanso y los sábados y domingos laboran de 6 de la mañana a once de la noche. Al interior del grupo de médicos/cas se encuentra una diferencia entre aquellos dedicados al primer nivel de atención y salud pública y quienes se dedican al segundo nivel (pediatra y médico internista); son los segundos quienes tienen las jornadas más prolongadas de trabajo y quienes realizan multicontratación institucional. Este hecho marca una diferencia notable con el grupo de no médicos/cas, de los cuatro entrevistados, ninguno de ellos labora los siete días de la

semana y señalaron que los fines de semana realizan algunas actividades de esparcimiento.

El fenómeno encontrado con médicos del segundo nivel coincide con lo encontrado por Bronfman y cols. en un estudio cualitativo que formó parte de la segunda Encuesta Nacional de Salud en 1994. En esa investigación se entrevistaron a 61 médicos/cas de las distintas instituciones de salud y del área privada del país y se constató que perciben bajos salarios lo que los lleva a la multicontratación y a que acumulen jornadas de trabajo de alrededor de 100 horas semanales (Bronfman, 1997:548)

La influencia de la profesión en el grupo de no médicos tiene relación con la manera general de entender e interpretar el mundo, pero específicamente en el fenómeno salud-enfermedad la influencia se da más bien a partir de que estos profesionistas laboran dentro del sector salud y es a partir de su inserción laboral en este campo que se han visto influenciados con el pensamiento médico y epidemiológico ⁴

5.2.2 Semejanzas y diferencias.

En esta categoría se indagó con los entrevistados acerca de características semejantes o diferentes entre sus colegas, ya sea médicos/cas de la misma especialidad y en el grupo de no médicos/cas, colegas de su misma profesión.

Del grupo de médicos/cas únicamente la pediatra y el médico internista señalaron algunas semejanzas. La pediatra refirió que entre sus colegas de esa especialidad tienen una forma de comportarse semejante:

“Es que a nosotros en pediatría hasta nos dicen que nosotros los pediatras somos un poco obsesivos compulsivos, porque pedimos las cosas y las queremos

⁴ Este aspecto se desarrollará con mayor extensión en la categoría relacionado con institución y autocuidado, en donde se aprecia la influencia que la institución ha tenido para diversos comportamientos que se han integrado a la vida diaria, a partir de la inserción laboral en el sector salud.

ya, por los niños, sabe que aplíquele esto pero ya, hágale esto al niño ya" (Ent.02/1 médica pediatra:745-751)

Señala que los pediatras pasan visita a sus enfermos en el hospital con más frecuencia que otros especialistas.

El médico internista mencionó que cuando estos especialistas se enferman son pésimos pacientes y que además por el hecho de que les toca enfrentar con mayor frecuencia la muerte de pacientes pareciera que esto los hace revestirse de una coraza de mayor fortaleza que los colegas de otras profesiones:

"Una cosa que tiene la medicina interna, yo creo que a diferencia de otras especialidades o básicamente de las básicas, yo creo que al internista le toca lidiar más comúnmente con la muerte, la mayoría de los demás especialistas pues se ponen mal cuando se les muere un paciente, se sienten muy mal, no se diga los pediatras.....a nosotros los internistas nos toca ver la muerte de un adulto casi a la par que uno, uno dice: oye es que tiene mi edad o este es inclusive más joven que yo, entonces siempre hay ahí un choque con esa relación con la muerte" (Ent.045/2 médico internista:139-146-168-174)

No se puede afirmar categóricamente que los pediatras y los médicos internistas en general, no se cuidan por aspectos vinculados a su profesión; lo que si puede señalarse es que tanto la pediatra y el médico internista a quienes se entrevistó se cuidan menos que los médicos que trabajan en primer nivel o en investigación en salud pública y que algunos rasgos de la profesión aunado a características del ámbito laboral influyen de manera decisiva en el autocuidado que él ó ella se prodigan.

Del grupo de no médicos, sólo el arquitecto señaló que por el contexto laboral de esta profesión que se encuentra ligado al ramo de la construcción, es frecuente que los profesionistas de esta disciplina consuman bebidas alcohólicas, visiten cantinas o cabaret, todo ello debido a que la dinámica de trabajo les hace tener estancias lejos de la familia.

Acerca de estudios que hablen de esta temática, se encontró un manuscrito que informa sobre las características de las médicas psiquiatras en comparación con médicas

de otras especialidades y lo que señala esta investigación es que hay diferencias significativas que se ubican en la dimensión personal y profesional. (Frank, E y L. Boswell, 2002:151-2)

5.2.3. Facilidades y obstáculos de la profesión para el autocuidado

En relación con las facilidades que la profesión o especialidad médica como tal brinda para el autocuidado, en ambos grupos a excepción del arquitecto, los demás coincidieron en señalar que la profesión proporciona facilidades en la medida que se adquieren conocimientos técnicos. Sin embargo, es importante mencionar que entre el grupo de no médicos/cas hubo dos aspectos que fueron diferentes del grupo de médicos/cas: 1) que los conocimientos que se tienen son útiles sobre todo para vigilar las acciones iatrogénicas y las negligencias que cometen los médicos/cas y 2) que además de los conocimientos técnicos que brinda la profesión, su inserción laboral en instituciones de salud les ha brindado información que han incorporado a su vida cotidiana.

En cuanto a las dificultades hubo diferencias entre ambos grupos y al interior del grupo de médicos: En este último, los médicos/cas del primer nivel y salud pública no encuentran que la profesión les dificulte el autocuidado, sin embargo los médicos/cas del segundo nivel señalaron que el ejercicio de su profesión les dificulta acciones concretas de autocuidado como son la alimentación, esparcimiento, descanso y el estrés que genera su actividad clínica:

" Usted sabe que quienes estamos aquí, [Hospital] medio comemos o mal comemos porque a veces nos mandamos traer una torta o café" (Ent.02/2 médica pediatra:153-158)

"..Bueno para empezar, yo creo que la especialidad siempre ha sido muy especial, es una especialidad que desde la residencia, los residentes de medicina interna somos los que menos dormimos, en cambio los residentes de dermatología y otorrino no hacen ni guardias, junto con los de ginecología y

cirugía, somos los que menos dormimos. [Hay] Más exigencia, ya como profesionistas, se les busca en casa, pues la piensan mucho para salirse de vacaciones porque la clientela es muy exigente, es una especialidad con mucho estrés, en el campo que te desarrolles puede tener más, pero habitualmente está ligada con estados terminales, es cierto que es una especialidad que a tus necesidades individuales las limita” (Ent. 04/2 médico internista:243-277)

Las dificultades son debidas a varios factores, uno de ellos es la multicontratación institucional de los médicos/cas que se desempeñan profesionalmente dentro del segundo nivel de atención y sus señalamientos coinciden con lo encontrado en otro estudio (Bronfman, 1997:548)

“... como tengo dos trabajos, no tengo ningún día de descanso y cuando ya me siento cansada, anteriormente yo nunca faltaba, pero ahora si cuando me siento cansada llego a faltar o aquí o allá, si a veces me hace falta un día, el fin de semana es de seis cuarenta y cinco a once de la noche.

Yo trabajo toda la semana y si me absorbe todo el tiempo pero pues por esto y pues muchos estamos en esa situación porque usted sabe que los sueldos que tenemos pues no son muy buenos, si los sueldos fueran mejores yo creo que todos tendríamos un sólo trabajo, pero pues tenemos que buscar la manera de salir adelante, habemos muchos que estamos igual, la mayoría yo creo que tenemos dos empleos” (Ent 02/2 médica pediatra:200-229)

Otro de los factores es el que se relaciona con el estrés y diversas publicaciones dan cuenta de que éste es un elemento cotidiano en el ejercicio clínico de los médicos/cas, el cuál contribuye a la salud mental y en la vida de relación de estos profesionistas (Ortiz Quezada, 1997:9-24; Mccue, 1982:460-62; Caplan, 1994:1261; Heim, 1991:90; 1992:207).

La diferencia fundamental entre el grupo de médicos/cas y el grupo de no médicos/cas es que para los primeros y específicamente aquellos que laboran en el segundo nivel de atención, el ejercicio de la especialidad médica les dificulta acciones concretas de autocuidado y para el grupo de no médicos, el desempeño de su profesión no representa ninguna dificultad para prodigarse acciones de autocuidado.

Aquí nos encontramos frente a una paradoja, los médicos/cas tienen el rol social de cuidadores de la salud de la población, pero la manera en que están estructuradas las

instituciones de salud no permiten que el propio personal que ahí labora realice pautas saludables de autocuidado.

5.2.4 Institución y autocuidado

Ambos grupos coinciden en señalar que las instituciones donde laboran no cuentan con políticas, programas, espacios, tiempos y mobiliario que faciliten el autocuidado de quienes ahí laboran y el único factor mencionado por algunos de los entrevistados del grupo de no médicos que facilita el autocuidado es el servicio del comedor que ofrece el INSP a sus trabajadores. Algunos de los entrevistados/das mencionaron lo siguiente:

"[En el espacio laboral]... lo que pasa es que no hay espacios o sea no hay ni tiempos, ni espacios para hacer eso, por ejemplo aquí hay una cancha de básquetbol, fútbol, tenis y si hago ejercicio, si juego, pero pues en las oficinas de la Secretaria y todo esto, pues no hay y ya sabes que ahí las jornadas son hasta que se vaya el jefe y esas cosas, entonces lo hacía de fin de semana, de manera muy irregular.... [¿La institución facilita el cuidado?] Para nada, digo el que te prohíban el fumar no hace que dejes de fumar, no va por ahí, no, simple y sencillamente no está diseñado para que te cuides, ni los muebles vamos, estas sentado todo el día y uta las sillas se están cayendo. Yo tuve muchos problemas de espalda por las sillas que tenía, espacios reducidos, mal ventilados, iluminados, o sea que más te van a dar ideas para que hagas deportes y esas cosas...." (Ent03/2 médico epidemiólogo:34-49,105-127)

"Yo llevo trabajando nueve años aquí y es la primera vez que alguien se preocupa por hacer este tipo de trabajo" (Ent07/2 arquitecto:1449-1458)

"Yo creo que no, no nos apoyan, yo me acuerdo que anteriormente en el Seguro [Instituto Mexicano del Seguro Social] alguna vez hicieron un programa que decía, que se llama ¿como?, pausa para la salud y les brindaba diez a quince minutos para que hicieran lo que quisieran, pero todo eso ha desaparecido, ahora es al contrario, trabajo, trabajo, trabajo y más trabajo, entonces pues creo que nada." (Ent.02/2 médica pediatra:586-599).

La ausencia de políticas y reglamentaciones precisas se pone incluso de manifiesto en las jornadas laborales de fin de semana (llamada jornada acumulada) que

realiza el personal en las diversas instituciones del sector salud, por el hecho de que se laboran 16 horas de manera continua. En el IMSS se tiene estipulado que durante esa jornada laboral se le proporcione al trabajador dos horas de descanso, sin embargo existen dificultades que entorpecen la concreción de este reglamento:

"....yo por ejemplo se supone que por cada día tendría derecho de dos horas y hay veces que sí me tomo las dos horas, otras veces no, ni una hora pero es variado porque no está reglamentado en que momento, a quien y si no estas, quien va a estar y si cuando no estas pasa algo que significa. Así es no hay, [reglamentación] se supone que eso se tiene que hacer sobre la marcha, en el servicio, con los compañeros con el jefe de servicio, pero nunca se le ha tomado importancia y una de las cosas que dices: una hora de descanso y ¿dónde descanso?; no hay una sala de descanso propio para los médicos adscritos, nada más para los internos y los residentes. Una sala que tú digas voy y me recuesto, un sillón, no, nunca se ha construido, bueno cuando modificaron urgencias la primera vez si había una sala, un cuarto destinado, pero al final en la operación se convirtió en un cuarto de guardar cosas. Sí, [una] bodega para guardar material" (Ent04/2 médico internista:453-489)

Analizar lo que ocurre dentro de las instituciones de salud con sus trabajadores y las condiciones en que éstos realizan su trabajo cobra importancia, en primer lugar por las circunstancias laborales concretas que afectan la salud del personal y en segundo lugar, porque justamente los médicos/cas y enfermeras tienen bajo su responsabilidad la salud de la población.

Otro aspecto ajeno a las políticas laborales de las instituciones pero que de igual manera contribuye en la salud en general de quienes ahí trabajan, es la dinámica y las interrelaciones que se establecen entre los distintos integrantes de una organización en el espacio cotidiano de trabajo. El hecho de que en el ambiente laboral exista competencia desleal, envidias e intrigas; genera un clima de desconfianza y de incomodidad; lo cual influye en el estado anímico y en la salud mental del personal. Este fenómeno fue señalado frecuentemente tanto por el grupo de médicos/cas como de

los no médicos/cas y para distintas instituciones como se observa en los siguientes testimonios:

"En el trabajo sí, a veces hay, ahorita ya cambio un poco la situación en el hospital pero hubo una temporada en que se sentía muy tenso el ambiente en casi todo el hospital y eso hace sentir mal, entonces hay gente que no quiere a la doctora [la directora del hospital] y uno se siente incomoda porque ya no hay esa relación que había antes entre el médico y la enfermera, entre compañeros.... ahorita me siento bien, [pero] antes de la crisis si había días en que ya andaba muy mal, mal [Se refiere a una crisis hipertensiva que tuvo durante el período de las entrevistas]. No triste, yo creo que no era tristeza, era decepción de las cosas de aquí, del ambiente de trabajo". (Ent. 02/2 médica pediatra:607-617-1027-1046)

"Sí porque hay de competencias a competencias y esta competencia es pelear a la gente, en la cual no se integran los equipos a trabajar, no es que hay mil cosas. A mí me llegó a pasar, pero estar ahí y empiezan a decir, te ponen palabras en la boca que tu nunca haz dicho, que nunca participaste pero que se quedan ahí, entonces uno empieza a ganar antipatías y además nunca te preguntaron si tu estuviste en ello, pero ahí están los jefes que te están diciendo que te reclaman, hacen, dicen y tornan.....Ahí se entorpecen los cuidados, tu nivel de estrés sube más, no hay buena comunicación, no hay armonía en el trabajo se les olvida la división social del trabajo, se les olvida el reconocimiento y la palmada, empieza la gente a tener una neurosis espantosa..."(Ent. 05/1,2 socióloga:1350-1364,1040-1047)

"Es más yo siento que como es una dependencia pequeña, los roces laborales se tornan familiares y más aquí en el instituto que mucha de la gente de base viven en la misma unidad habitacional....aquí hay muchas envidias entre la gente, entonces realmente yo trato de mantenerme muy al margen de la mayoría de la gente de aquí del instituto, de llevar una relación estrictamente laboral" (Ent. 07/1 arquitecto:1464-1469-1476-1482)

A pesar de las dinámicas institucionales y de las dificultades señaladas para el autocuidado del personal que ahí labora, existe un elemento que es necesario mencionar. Los conocimientos en salud del personal que labora en el sector y que pertenece a otras disciplinas académicas, como es el caso del grupo de no médicos/cas, se ve influenciado e incluso utilizan léxico médico, y en aspectos muy específicos ese conocimiento se

traduce en acciones concretas de autocuidado como el uso del cinturón de seguridad y el evitar ciertos riesgos atribuidos como tales desde la óptica epidemiológica.

Finalmente es preciso señalar algunas diferencias, que parecieran contradicciones, entre ambos grupos: 1) Uno de los médicos menciona que el INSP cuenta con instalaciones deportivas (cancha de básquetbol y tenis) y que lo único que faltaría es promocionar este servicio, en contraparte un integrante del grupo de no médicos que también labora en esta institución señala que a pesar de que están las canchas no se cuenta con un espacio para bañarse, ya que las regaderas están selladas. 2) Otra diferencia, es que un médico de manera muy crítica señala que la política actual de “ambientes libres de humo” que prohíbe a los trabajadores fumar dentro de las instituciones de salud no necesariamente contribuye al abandono de esta adicción, en contraparte, uno de los integrantes del grupo de no médicos menciona que desde que entró en vigor esta disposición en el laboratorio (donde labora) no se fuma y eso ha contribuido a que deje de fumar.

Existe una ausencia de políticas y programas que promuevan el autocuidado de los trabajadores de la salud que laboran en estas instituciones. La dinámica laboral limita además el autocuidado que se puedan brindar.

En síntesis, este capítulo permite concluir lo siguiente:

- La familia, el grupo social y la cultura a la que pertenecen, juegan un papel decisivo en la adquisición de hábitos y costumbres durante la infancia y la adolescencia; mismas que se pueden transformar en pautas de autocuidado en la vida adulta.
- Las instituciones de salud no están diseñadas ni estructuradas para promover e impulsar el autocuidado de quienes ahí laboran, más aún, en el caso de quienes

trabajan en el segundo nivel de atención la estructura laboral entorpece el autocuidado.

- El grupo de no médicos/cas, a partir de su inserción laboral en estas instituciones, incorporan información y una perspectiva epidemiológica que indirectamente les acarrea beneficios a su salud, a evitar riesgos individuales.
- El ambiente laboral y las relaciones interpersonales al interior de las instituciones de salud, son factores importantes que dificultan y entorpecen el autocuidado tanto del grupo de médicos como de no médicos.
- Es difícil afirmar que existan semejanzas o diferencias entre los médicos de la misma especialidad o profesionistas de la misma profesión. Lo que sí es posible mencionar es que el grupo de médicos/cas, específicamente quienes laboran en los hospitales comparten con sus colegas ciertas características comunes y que aunadas a la dinámica institucional contribuyen a dificultar el autocuidado.

CAPITULO VI

EL AUTOCUIDADO EN LA VIDA COTIDIANA

“Muere lentamente quien se
transforma en esclavo del hábito
repetiendo todos los días los mismos
trayectos.”

Pablo Neruda

Este capítulo se encuentra dividido en tres grandes áreas: salud física, emocional y vida de relación; cada una de estas áreas se compone de categorías específicas en las que se analizan los significados, regularidades y diferencias encontrados entre médicos y no médicos.

6.1 Salud física.

6.1.1. Rutina de la vida cotidiana

La manera como se organizan los horarios de trabajo, forma parte de una rutina más global de la vida cotidiana, en la que están incluidos los ritmos del sueño/ vigilia, los horarios de alimentación, ejercicio físico, el esparcimiento, convivencia familiar y social y otras actividades más.

Para ambos grupos, las jornadas de trabajo son prolongadas, más allá de 8 horas diarias, incrementándose aún más en el caso de los médicos/a que trabajan en el segundo nivel ya que ellos laboran los fines de semana y el arquitecto quién trabaja medio día del sábado en su propio negocio.

Al analizar la organización de la vida cotidiana en ambos grupos, se encuentra una diferencia que está más vinculada a la estructura familiar de la que forman o formaron parte cada uno de los entrevistados que a la profesión en sí misma. Se hace evidente que quienes tienen o tuvieron pareja e hijos o sólo pareja o sólo hijos tienen

una estructura de tiempos y horarios más organizada que quienes no han tenido la experiencia de vivir en pareja y la crianza de los hijos.

Así, aunque en general todos tienen jornadas prolongadas de trabajo, quienes tienen o tuvieron pareja e hijos y ahora ya no viven con ellos, (viudez o divorcio) tienen horarios de sueño/vigilia, alimentación, esparcimiento, convivencia social y familiar con más orden y estructura que quienes por haber permanecido en la soltería no han tenido la experiencia de vida de familia. En ese sentido, la pareja y los hijos se constituyen en piezas clave para articular pautas y rutinas diarias que contribuyen de manera directa en el autocuidado. Lo anterior se observa claramente al contrastar la rutina cotidiana de una de las entrevistadas que actualmente es viuda y vive sola, pero que tuvo la experiencia de vida en pareja e hijos con otra que nunca ha tenido pareja ni hijos.

"...mi hora de levantarme aunque sea sábado y domingo es a las seis de la mañana, yo creo que por la costumbre, ya despierto a las seis. Lo primero que hago es ir al baño y después desayuno, eso sí desayuno muy temprano, a más tardar a las siete de la mañana ya estoy desayunando.....Un lunes igual desde las seis de la mañana, apurarme ahí si arreglarme bien, preparar mi desayuno y a más tardar a las siete veinticinco estoy saliendo de la casa...llego aquí al trabajo en promedio a las cinco o al diez para las ocho y a más tardar a las ocho y media ya estoy trabajando, estamos viendo en promedio treinta consultas....salgo de trabajar a las tres y media, regreso a mi casa a comer y en la tarde me dedico a trabajar igual en forma particular, entre siete y nueve visito a mis papás o puedo leer un poco o tejer y bordar, ceno y entre diez treinta y once de la noche me duermo....." (Ent01/1médica general:36-147)

"Empezaría por el lunes, la situación es levantarme a las siete de la mañana, arreglarme y tratar de ver algo en la casa... yo tengo que entrar aquí entre diez y once treinta, es la hora en que vengo llegando y empezar a revisar, llevo muchas actividades en el departamento....Tomo un poco de yogur, tomo café y me dan fibramax, precisamente porque la dieta no está conteniendo gran cantidad de carbohidratos, entonces para evitar que tenga fuertes dolores digestivos. En la tarde desafortunadamente lo que tendría que hacer sería subir al departamento y comer ahí, pero ya los tiempos están tan apretados y lo que tengo que entregar que a veces lo hago en la oficina....es pedir un ensalada de pollo aquí y me traigo una fruta para poder más o menos llevar la dieta, el problema es que sino subo a comer, no camino, estoy más tiempo sentada aquí....Una sobrecarga de chamba espantosa, entonces ésto no permite que yo pueda salir a una hora normal, como los demás compañeros, seis, cinco de la tarde; yo los veo que ya se retiran sin problemas, yo he permanecido aquí en

ocasiones hasta la madrugada, hay que sacar un informe, hay que sacar unos formatos.....

El sábado depende del fin de semana, si yo voy a México a visitar a mi familia, entonces yo lo que hago es levantarme no tan tarde diez, once treinta y tratar de organizarme...El domingo sí ya despertarme un poco más tarde, procuro siempre quedarme en casa de mi hermana y regresar en la noche a Cuernavaca....Pero los fines de semana que me quedo aquí, entonces si procuro dormir más, son días que yo digo de flojera, me levanto a las doce, una, veo que hay más o menos en la casa, veo televisión, escuchar música, leer un poco....."(Ent05/1 socióloga:35-44,104-128,177-185,215-228,235-242)

Para las mujeres con el papel social de cuidadoras de los otros miembros de la familia, resulta paradójico plantear que los hijos y la pareja contribuyen a crear pautas y una estructura de la vida cotidiana que faciliten el autocuidado, cuándo el cuidado a los otros puede significar una sobrecarga a las actividades domésticas y en ocasiones un descuido para el cuidado que se puede brindar la propia mujer, como lo señalan otras publicaciones (Hernández Tezoquipa, I., y col., 2001:446-9). Sin embargo, para las mujeres y hombres de este grupo social, la vida en familia y la crianza de los hijos demandan horarios precisos de sueño/vigilia, de alimentación, de tiempos destinados al trabajo y la casa, entre otras actividades; de ahí que el análisis de la rutina de la vida diaria nos muestra que la vida en familia contribuye a la estructuración de rutinas, horarios y ritmos que se vinculan con actividades específicas de la vida cotidiana y tiempo dedicado al trabajo. Este ritmo y rutina de vida permanece aunque se viva en soledad en etapas posteriores como en la viudez o el divorcio, así podemos afirmar que con todo y la sobrecarga que significa para la mujer profesionista el cuidado de los hijos y la pareja, la familia constituye tanto para las mujeres y los hombres de este grupo social un factor fundamental para el autocuidado que se brindan. E. Menéndez plantea que "la mayor preocupación femenina respecto de los problemas de salud/enfermedad, como su mayor adiestramiento y disposición social a implementar tareas de control individual y colectiva de riesgos" contribuyen justamente a incrementar una serie de

cuidados en general que influyen en el cuidado de sí misma y a evitar ciertos riesgos.

(Menéndez, 1990a:180)

6.1.2. Ejercicio físico.

La realización de cualquier tipo de ejercicio físico, de manera constante y periódica resulta ser una diferencia entre ambos grupos, debido a que el grupo de no médicos/cas en su mayoría (excepto una entrevistada) efectúan ejercicio físico durante varios días a la semana, en contraparte los médicos/cas no hacen y cuando lo llegan a hacer es irregular e inconstante.

El análisis de las rutinas cotidianas permitió conocer que tanto los médicos/cas, como los no médicos/cas, tienen jornadas excesivas de trabajo y analizar si este hecho era un factor limitante para la realización de otras actividades como el ejercicio físico. Un aspecto importante de señalar es que los médicos/cas del segundo nivel son quienes tienen jornadas laborales más excesivas que sus colegas del primer nivel de atención, no obstante, estos últimos también señalaron una dificultad para realizar ejercicio físico o algún deporte.

Los médicos vincularon la dificultad para realizar ejercicio físico con el trabajo y señalaron que de estudiantes y jóvenes hicieron deporte o ejercicio físico de manera frecuente pero que la dificultad inició cuando se insertaron en la vida laboral:

"Pues yo jugaba de todo, jugaba fútbol, básquetbol, tenis; básquetbol con entrenamiento de campeonato y estas cosas, de fútbol, la cáscara típica, pero el básquetbol lo hice toda la primaria, secundaria y prepa, lo hice básicamente diario, jugaba tenis todos los fines de semana, en la universidad hice kárate, porque si me gusta sentirme bien, sentirme fuerte, ágil y si es algo que extraño..... desde que trabajo pues hace como veinte años que no lo hago regularmente [ejercicio físico y deporte](Ent 03/2 médico epidemiólogo:793-818)

"De joven fue principalmente volibol, corría, bicicleta y lo más importante que llegue a practicar de forma muy intensa fue campismo, caminatas sobre el monte, recorriamos caminos, ya después lo que llegué a hacer mucho fue

frontón, un deporte muy intenso. Pero ahora ya nada, ahora sí no tengo ninguna actividad física...Ahora sí que por el trabajo.....(Ent. 04/1 médico internista:769-785)

El trabajo limita el ejercicio físico, pero también lo que se encuentra aquí es que los médicos/cas se enajenan mucho más con sus ocupaciones y no buscan espacios ni tiempos para hacer ejercicio físico o algún deporte, como lo hace el grupo de no médicos.

6.1.3. Alimentación

El tipo de alimentos que se prefieren para su consumo está influenciado por aspectos económicos, psicosociales y culturales del grupo del que se forma parte. El tipo de dieta consumida por los médicos/cas mostró estar adherida a la cultura y a factores sociales más que a los conocimientos técnicos que poseen. Así, al analizar el tipo de alimentación que consume el grupo de entrevistados se encontró que los médicos/cas que laboran en el segundo nivel de atención tienen un consumo dietético de mala calidad y cantidad y en contraparte, el grupo de no médicos sólo una de las entrevistadas consume una dieta con estas mismas características.

El análisis de la alimentación que consume el grupo de médicos/cas muestra que quienes laboran en el primer nivel de atención tienen una dieta más equilibrada en calidad y cantidad, consumen alimentos tres ocasiones al día, tienen horarios establecidos para el consumo; por el contrario sus colegas del segundo nivel tienen un patrón irregular. Estas diferencias se pueden explicar a partir de los espacios laborales (los médicos del segundo nivel laboran los siete días de la semana) aspecto que limita el consumo pero también por el tipo de hábitos y costumbres que tiene relación con aspectos culturales. La cultura tiene una influencia decisiva en el tipo de alimentos que consumen los médicos y nuevamente existe diferencia entre los médicos del primer y

segundo nivel: Los primeros consumen una dieta más variada y equilibrada que los del segundo nivel:

"Desayunamos, yo nada más prácticamente hago una comida. Procuero desayunar tarde, fruta, mi leche, café ahora me he vuelto muy cafetera...depende a veces, con carne eso si soy carnívora y almuerzo con carne y verduras, me gustan mucho las verduras.....usted sabe que quienes estamos aquí medio comemos o mal comemos porque a veces nos mandamos traer una torta o café...."(Ent02/1 médica pediatra:334-337,356-359,156-159)

La cultura y las condiciones socioeconómicas del grupo de no médicos/cas definen en cierta manera el tipo de alimentación que consumen. El hecho de que este grupo tenga un patrón laboral más ordenado, les permite al igual que los médicos del primer nivel, tener una frecuencia y horarios en la alimentación con mayor orden. La dieta es más equilibrada, balanceada y variada (a excepción de una entrevistada) y atravesada por rasgos culturales. Así uno de los entrevistados que tiene conocimientos biológicos sólidos por su propia formación académica considera que la dieta con alto consumo de frutas es de mala calidad, aunque reconoce que este saber esta sustentado sobre todo en vivencias de su infancia:

"... Hay algo en mí siempre, es como que no le encuentro explicación, yo siempre he dicho que es como una dieta pobre, es una dieta pobre [Se refiere al consumo de frutas]. No sé es de prejuicio, te estoy diciendo una dieta pobre, no sé me recuerda parte de mi infancia...entonces para saciar el hambre era comer la fruta....es como cuando comemos nisperos, ciruelas, entonces es dieta de necesidad, porque no teníamos mucho dinero...."(Ent06/1 biólogo:1058-1076,1089,1127-1129)

Tanto en el grupo de médicos/cas como en el de no médicos/cas, la influencia de la familia en el tipo de dieta, ya sea que ésta sea adecuada o inadecuada, es decisiva. Así, varios de los entrevistados señalaron que su alimentación es parte del reflejo de lo que aprendieron a comer y que además en su vida adulta el consumo de determinados alimentos se encuentra vinculado a la enseñanza que tienen con sus hijos para comer:

" Lo que pasa es que yo considero que así me lo inculcaron al principio, [comer frutas y verduras] ahora como médico lo sé, que la fibra natural me va a dar una mayor digestión....(Ent.01/1 médica general:76-85)

"Sí, yo creo que mucho tienen que ver los niños también, que les tienes que enseñar a comer de todo, que te vean comer de todo, de entrada la fruta, que esto, que la verdura, ahí si era mucho muy variado, si era muy balanceada.....Si digamos que así me enseñaron a comer de todo, bien y no quedarme con que pura carne asada y papas....más bien el gusto por comer, comer bien, comida de calidad, no comida chatarra...(Ent.03/1 médico epidemiólogo:567-572, 939-948)

"...a mí desde niña no me dieron mucha carne de cerdo, carne de res sí, sobre todo lo que son las milanesas o chambaretes, pero ahorita lo que más como es pollo y pescado, filete, verduras, sopitas, cremitas que le gustan mucho a las niñas, crema de elote, champiñones, ensalada de lechuga... mi mamá nos enseñó a comer mucha verdura y fruta porque ahí había mucha fruta...."(Ent.08/1 química:178-188,198-200)

"Sí, porque yo siempre siento que es más sano comer eso o sea yo a las niñas les digo eso, que tiene vitaminas que les va a hacer bien para que crezcan, que es más saludable..."(Ent.08/1 química:239-243)

Otro elemento que se encuentra ligado a la alimentación son los eventos de enfermedad que han padecido los entrevistados y que han contribuido para realizar cambios en su tipo de dieta. Estos malestares han provocado suspensiones definitivas o parciales de alimentos (sobre todo carnes rojas, grasas) e incrementado otras (verduras, frutas y alimentos bajos en grasas).

Un aspecto diferente entre ambos grupos es el consumo de productos farmacológicos ligados a la dieta, llamados "complementos dietéticos". En el grupo de no médicos/cas algunos entrevistados/as ingieren simultáneamente a la dieta multivitamínicos y medicamentos para aumentar la fibra y disminuir el estreñimiento intestinal. Los primeros son por automedicación y es una costumbre adquirida en el seno de la familia de origen, los segundos obedecen a una prescripción médica. Este hecho es significativo ya que los médicos a pesar de las deficiencias que pueda tener su alimentación, omiten la ingesta de vitaminas u otros medicamentos, lo cual es semejante a lo reportado por otro autor quien señala que los médicos toman con cautela la

prescripción de medicamentos para sí mismos, aún a pesar de que se deban a una prescripción médica. (Ponce de León, 1997:133-152)

Finalmente, en esta categoría más que en otros se muestra claramente la influencia que ejerce la cultura y la familia en las costumbres y hábitos de las personas.

6.1.4. Sueño y vigilia. Descanso.

En esta categoría relacionado con el sueño/vigilia, la diferencia en cuanto a los horarios de iniciar actividades por la mañana, se presenta entre quienes tienen hijos en crianza o tuvieron en otras épocas de su vida. Es decir, tanto médicos/cas como no médicos/cas, se levantan temprano (entre 5:30-6:00hrs.), sólo aquellos que tienen hijos en edad escolar y cuya rutina obliga a los padres a preparar desayuno y llevarlos a la escuela. Otros de ellos, se despiertan también temprano aunque ya no tengan esa responsabilidad porque han permanecido con la rutina de levantarse a esa hora debido a que en otras etapas lo hicieron. Las mujeres de ambos grupos que se levantan temprano, suelen dormir entre 22:30 y 23:00 hrs, por el contrario los varones aunque se levanten temprano se duermen tarde, algunos por cuestiones laborales y otros porque están con alguna otra actividad (viendo TV o películas en video, leyendo).

Otros entrevistados pertenecientes a ambos grupos, quienes no tienen hijos, suelen levantarse alrededor de las 7:00 a 8:00 hrs. y se duermen alrededor de las 23:00 y 23:30 hrs. De este grupo, una entrevistada merece atención especial. Ella señaló que a raíz de que inició con la menopausia empezó con insomnio y que por tal motivo en muchas ocasiones logra conciliar el sueño en la madrugada, de manera que se levanta entre 8:00 y 9:00hrs.

En esta categoría se corrobora en cierto sentido lo que se ha mencionado en otros párrafos: que la crianza de los hijos, por las propias demandas que esta actividad

implica, obliga a los padres a tener horarios y rutinas de sueño/vigilia muy concretos y específicos; aspecto que es distinto entre quienes no tienen o han tenido la experiencia de la crianza.

6.1.5. Revisiones médicas periódicas, citología vaginal, autoexploración de mamas

Ninguno de los integrantes del grupo de médicos/cas se realiza revisiones médicas periódicas completas a diferencia del grupo de no médicos/cas, quienes en su mayoría si lo hacen. Tanto las médicas como las no médicas mencionaron que se efectúan con periodicidad el Papanicolaou y la autoexploración mamaria. En el caso de los médicos, no se realizan ningún tipo de revisión o análisis para detectar el cáncer prostático, por el contrario los varones del grupo de no médicos se realizan revisiones y determinación de antígeno prostático.

Los médicos/cas argumentan falta de tiempo o que no encuentran la necesidad para realizarse revisiones médicas y sólo cuando tienen alguna sintomatología buscan atención, algunos de ellos llegan a efectuarse análisis de laboratorio con compañeros de la propia institución donde laboran, los resultados de estos estudios los revisan los propios médicos y toman decisiones acerca de su salud.

"Por falta de tiempo.....a consulta médica no va uno por eso, porque ya sabe que es sentarse, aún en un consultorio particular es sentarse y esperar las horas, entonces pues siempre anda uno a la carrera y yo prácticamente tengo cinco horas libres"(Ent.02/1médica pediatra:893-899)

".... eso si no es algo que vea la necesidad de ir a ver a un médico cotidianamente por algo que yo tenga que me deba de cuidar, no. Nunca me lo he hecho, [revisión médica] no porque si me siento mal pues veo al médico, pero eso es realmente raro....."(Ent. 03/2 médico epidemiólogo:763-773)

Desde la óptica de la medicina preventiva se recomienda que los adultos se realicen una revisión médica una vez al año y que después de los cuarenta años de edad, además de la historia clínica completa se incluyan algunos estudios de laboratorio y

gabinete, la finalidad de esta revisión es detectar y diagnosticar tempranamente algunas alteraciones para evitar mayores consecuencias en caso de enfermedad, sin embargo, el grupo de médicos/cas entrevistados no lo considera necesario. Justamente durante el trabajo de campo un médico/a tuvo una crisis hipertensiva y en la entrevista anterior había señalado que se realizaba exámenes de laboratorio y que en los últimos análisis había salido bien. La crisis hipertensiva obligó al médico/a a retirarse completamente de sus actividades profesionales durante varias semanas. En el análisis de este categoría se percibe que los médicos/as se consideran invulnerables y con la capacidad de reconocer y detectar a tiempo enfermedades que les puedan ocurrir, debido al conocimiento que tienen del proceso salud-enfermedad. Las recomendaciones para la prevención de enfermedades son para la población, pero no para sí mismos. La crisis hipertensiva sufrida por uno de los entrevistados/as hace evidente que la vulnerabilidad y fragilidad que ante la enfermedad tienen estos profesionales de la salud, sea tal vez igual o mayor que otros profesionales o que la población en general; no obstante esto no es percibido así, por los médicos/cas.

Esta situación que se encontró con los médicos en este estudio tiene semejanza con lo que señala O'Connor para médicos/cas en Irlanda en donde un cuarto de los médicos generales, un tercio de los consultores y un 56.4% de los directivos de hospitales nunca se han realizado una revisión de los niveles de colesterol sérico (O'Connor, 1998:8).

La práctica médica conduce a un acercamiento constante y reiterado con la enfermedad y la muerte de los demás, señala Laín Entralgo que este hecho puede conducir a que los médicos tomen conciencia de la vulnerabilidad de los seres humanos y de ellos mismos, esta vulnerabilidad es un recordatorio persistente de nuestra mortalidad (Laín Entralgo, 1984:323-24). Sin embargo, pareciera que este suceso puede

conducir también a lo contrario; al supuesto de que por tener los conocimientos aproximados o acertados acerca de la enfermedad y la muerte, se tiene la posibilidad de manejarse con cierta dosis de invulnerabilidad lo que lleva a que los médicos/as incurran en omisiones o prácticas nocivas para sí mismos y que éstas tengan significados y explicaciones a partir del cuerpo de conocimientos técnicos que poseen ellos.

Del grupo de no médicos se encuentran distintas motivaciones para realizarse con periodicidad las revisiones médicas, por un lado la más común, porque están convencidos de que al realizarlas se puede prevenir y detectar tempranamente alteraciones y por otro, para evitar verse en la necesidad de caer enfermo y obligatoriamente tener que acudir con los médicos. En este último caso, las experiencias de enfermedades personales y de familiares en las que ha habido diagnósticos y terapéuticas equivocadas, se constituyen en la razón para efectuarse revisiones médicas con la finalidad de evitar la asistencia al médico:

“ [¿por qué se hace revisiones médicas?]*porque no quiero ir al médico*”
(Ent.06/2 biólogo:1604-1612)

Resulta paradójico que se acuda porque no se desea asistir al médico en calidad de enfermo, sin embargo, visto desde una perspectiva general, se tiene mayor control de la situación cuando se encuentra sano que cuando se tiene que acudir por obligación al médico debido a una enfermedad. Entonces cobra sentido asistir a revisiones médicas.

Aunque ninguno de los integrantes del grupo de médicos/cas se efectúa revisiones médicas surge una pregunta: ¿a que se debe que las médicas se realicen el Papanicolaou y la autoexploración de mama y los médicos no efectúan ningún procedimiento para detectar el cáncer prostático?, tal vez la respuesta a esta pregunta se encuentre en los programas de salud. El programa de detección oportuna del cáncer

(DOC) tiene amplia difusión, debido a que el cáncer cérvico uterino y el mamario ocupan un lugar destacado dentro de la mortalidad femenina en México y esa puede ser la razón por la que las mujeres médicas, influenciadas por este programa se efectúen revisiones en oposición a los varones.

La literatura menciona que los médicos/cas cuando tienen dolencias o malestares tienen dificultades para asumirse como pacientes y buscar atención médica, lo usual es que realicen consultas de pasillo en su propio ámbito de trabajo más que acudir formalmente a consulta médica y sólo hasta que están muy enfermos se ven obligados a acudir (Ponce de León, 1997:87-152; Hahn, 1995:234-61). Esta misma manera de actuar es extensiva para acciones preventivas a excepción de las que toman las médicas para prevención del cáncer cérvico uterino y mamario.

De cierta manera, se podría decir que la profesión médica tiene influencia para que los médicos no efectúen prevención con ellos mismos, es decir, a los médicos se les entrena sobre todo para curar y dentro del MMH la prevención no se encuentra estructurada como tal, se realizan acciones aisladas de prevención y promoción de la salud (Menéndez, 1990b:110). Este es un ejemplo claro del habitus de la profesión médica que tiene estructuras y esquemas mentales arraigados dentro de sí mismo que le dificultan prácticas de prevención incluso con su propia persona (Bourdieu, 2000:113)

6.1.6. Asistencia al dentista

El hábito de acudir regularmente al dentista con fines preventivos y no sólo por dolores o molestias, se ubica dentro de un marco socioeconómico y cultural mucho más amplio que encuentra vinculación con el grupo familiar y social del que las personas proceden.

No hay diferencias entre médicos y no médicos, más bien al interior de cada grupo se encuentran aquellos entrevistados/das que tienen el hábito de acudir al dentista, hábito que inició desde la infancia y lo han continuado en la vida adulta e igual otros que no tienen esa costumbre. Quienes acuden al dentista manifiestan lo siguiente:

"...Desde que éramos chicos, yo me acuerdo que venía un doctor de México que era el único que nos atendía, el doctor ya hasta murió, el doctor Pruneda, y desde muy chicos desde que yo me acuerdo mi papá siempre nos llevaba cada seis meses y cuando teníamos algún problemita venía el doctor cada ocho días...." (Ent01/1 médica general:877-892)

"Pues por costumbre, esto ha sido siempre así, te toca ir al dentista pues para que te revise, pues ya traes una muela toda amolada, te la tapan y te hacen servicio, entonces era muy regular eso, se hizo costumbre.....entonces el dentista ahí está y no es algo que digas no, no voy a ir, no pues esta bien vamos y ya, te limpia un rato y ya órale y si es algo que si esta muy inculcado...." (Ent03/1 médico epidemiólogo:712-717, 725-730)

Por el contrario, quienes no acuden al dentista manifiestan:

"La verdad con el dentista como que a ese si le tengo miedo, no, con el dentista generalmente voy cuando tengo molestias, porque como que en ese aspecto nunca me formé en el hábito de ir con cierta regularidad....." (Ent04/1 médico internista:807-823)

El hecho de acudir al dentista esta vinculado a las costumbres y hábitos adquiridos dentro de la familia, pero también a las circunstancias sociales y económicas; sobre todo las acciones preventivas dentales, ya que las instituciones de salud del sector público brindan a la población en general un servicio limitado en esa área, así que se prefiere acudir al servicio privado y éste tiene costos económicos elevados. De tal manera que la posibilidad de realizar acciones de autocuidado se dificultan como se muestra en el siguiente testimonio:

"....De hecho esta dentista fue por la ortodoncia de mi hija y a partir de ahí empezamos a ir todos y hasta mi esposo porque era uno de los que se negaba a ir al dentista...y es como empezamos a ir con más frecuencia. Aparte la situación económica mejoró un poquito, había cosas que dejábamos para después, entonces ahorita ya como que mi esposo tiene un trabajo estable, ya podemos vivir más holgadamente, yo creo que en parte eso también influyó un poquito." (Ent. 08/1 química:1022-1038)

Las visitas al dentista ejemplifican de manera clara que el autocuidado se encuentra estrechamente vinculado a las circunstancias socioeconómicas y culturales de las personas.

6.1.7. Consumo de tabaco.

Se encuentran fumadores y no fumadores en ambos grupos. En el gusto o en el desagrado por el tabaco se manifiestan diversas cuestiones, desde aquellas relacionadas con la tensión, con la idea de que es relajante hasta quienes mencionan que les molesta el olor y provoca diversas molestias físicas.

En el grupo de entrevistados fumadores y no fumadores, el aspecto de que en su familia de origen hubiera habido personas con esta adicción fue irregular. Es decir, tanto aquellos con la adicción como en quienes son abstemios mencionaron que en sus familias hubo fumadores empedernidos: padres, hermanos, abuelos u otro miembro. De tal manera que se muestra la complejidad de la adicción.

Todos los fumadores del grupo de médicos y no médicos señalaron que han atravesado por períodos de abandono y reincidencia de la adicción. Existen diferentes motivaciones para abandonar el tabaco: por problemas de salud e indicación médica, por eventos personales importantes como el nacimiento de un hijo, porque el ambiente laboral y social limita la posibilidad de fumar. Las reincidencias están vinculadas al desencadenamiento de tensiones e incremento de estrés.

El consumo de tabaco está vinculado a las circunstancias: fiestas, amigos, trabajo y entorno laboral:

"..Cuando trabajo es cuando más fumo. Cuando estoy viendo la tele o una película no se me ocurre acá, andar fumando, si estoy en la computadora con un texto con un artículo pues si me gusta, está muy vinculado al trabajo. (Ent03/2 médico epidemiólogo:446-456)

"Todavía fumaba yo porque como estaba en México, allá en México todos los de laboratorio fumaban y entonces era tentación porque estas en donde todos están fumando y alguien saca y ya todos fuman...." (Ent.06/2 biólogo:1350-1357)

".... Solamente fumador y tomador social, en las fiestas." (Ent07/1 arquitecto:644-648)

El tabaquismo es uno de los aspectos en el que existe más información en relación con los médicos/cas. Se ha señalado que los médicos/cas presentan un mayor porcentaje de ésta y otras adicciones en comparación con otros grupos poblacionales. Una de las explicaciones que se ha dado a este fenómeno es que el espacio laboral (sobre todo para los médicos clínicos) es fuente de estrés y contribuye de manera importante al incremento de adicciones (Sanz Cuesta, MT y cols., 2001:392; Grossman, DW y cols., 1999:316; Míngote Adán y col., 1999:21-57).

En esta categoría es muy claro que no importa el conocimiento que se tenga sobre los riesgos o los daños a la salud porque de igual manera los médicos con conocimientos técnicos y los no médicos sin estos conocimientos, pueden o no tener la adicción, ésta se encuentra relacionada con otros aspectos de la subjetividad, la historia personal y las circunstancias sociales. La adicción se impone sobre el conocimiento.

6.1.8. Consumo de bebidas alcohólicas.

El consumo de bebidas alcohólicas en ambos grupos se realiza con moderación, existiendo personas abstemias (dos) entre los médicos/cas. En el grupo de no médicos todos señalaron tener un consumo social, sin llegar a los excesos.

Las experiencias desagradables ocurridas en la infancia con familiares cercanos o el hecho de que en la familia de origen no se consuman bebidas alcohólicas, fue un aspecto central entre los abstemios absolutos y aquellos que consumen en mínima cantidad alguna bebida alcohólica:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

".....mi papá nunca llegó a la casa o al menos nunca lo vimos nosotros de niños tomado, pero sí en la familia de mi papá si toman mucho entre ellos, porque hasta eso es lo que comentábamos, no son tomadores de cantina sino que son tomadores de la casa, que si la copa. Porque eso sí, no les falta una copa y a mi me disgusta, me disgusta el alcoholismo, tengo cuñados que son alcohólicos y que se ponen mal, entonces si, yo si le tengo total aberración al alcohol. Luego hacen cada ridículo, se dejan tomar por el alcohol, cosas que no se atreven a hacer las hacen. (Ent.02/2 médica pediatra:357-377)

"...yo de niña conviví con un tío que era, como se llama, teporochito....y me daba mucho miedo y a lo mejor por eso, de hecho yo cuando buscaba novio, lo primero que preguntaba era si tomaba o no, porque yo quería un novio que no tomará por lo mismo.... A mi me molestaba, me daba miedo pues de hecho yo veo un señor borracho y me da miedo. (Ent.08/1 química:687-701)

En ambos grupos se mencionó que el consumo de bebidas alcohólicas esta vinculado a las circunstancias personales y sociales en el que se desenvuelven las personas. Así algunos de los entrevistados señalaron:

" [Bebe menos ahora]una porque estoy solo, dos porque me tengo que cuidar, antes me cuidaban, ahora me tengo que cuidar yo solo, por decirte me cuidaban, pero pues eso también implicaba más vida social, pues que salías a cenar con los cuates, con los amigos, pues ahora ya no lo hago porque estoy aislado de mi vida afectiva, porque todos mis cuates están en México y eso de agarrar la jarra solo pues como que no se me da. Entonces pues igual como que no estas en esa vida social, ya no fumas tanto, ya no chupas tanto, ya no te desvelas tanto, es diferente.....si es mucho la circunstancia en la que estas por lo menos a mi si me orilla o al café o al cigarro o a pistear..."(Ent03/1 médico epidemiólogo:674-691.757-760)

"...yo empecé a padecer gastritis, porque hasta hace año y medio mi dedicación al aspecto social era bastante fuerte y tomaba yo por ejemplo jueves, viernes, sábado y a veces hasta el domingo; no a caerme de borracho, pero si tomaba de tres copas a cinco.....fui al doctor y dice no tu problema es de gastritis....dice bájale al estrés, descansa más, bájale al alcohol y llevo seis meses en que casi no tomo o sea sigo frecuentando las mismas amistades salgo con ellos, pero me tomo una cerveza y ya, yo puedo estar con una cerveza el tiempo en que ellos se toman una hotella...."(Ent07/1 arquitecto:1023-1034,1043-1056)

En esta categoría existen dos diferencias: Se encontró un consumo menor de bebidas alcohólicas entre el grupo de médicos/cas en comparación con los no médicos/cas y la otra, fue por género ya que las mujeres en ambos grupos fueron quienes consumen menor cantidad e incluso practican la abstinencia absoluta. En el caso de las mujeres habría que analizar que tanto es una pauta de autocuidado

consciente o pautas que reflejen los aspectos de comportamientos deseables que la sociedad inculca en las mujeres. Socialmente existe mayor permisividad en el consumo de bebidas alcohólicas, al igual que los aspectos de la sexualidad para los varones que para las mujeres. Este hecho se ubicaría en el fenómeno diferencial de enfermedad y muerte por género: Los hombres tienen comportamientos (consumo de drogas y alcohol, participación en eventos violentos) que los conducen a mayores riesgos y por consecuencia a otro tipo de daños en el proceso salud-enfermedad. Lo anterior se refleja claramente al analizar las causas de mortalidad en edades productivas por sexo en el país, en dónde se observa que la cirrosis hepática, los homicidios y violencias, así como los accidentes de tráfico; se encuentran dentro de las primeras seis causas de mortalidad de los varones (Hernández Tezoquipa y col en prensa).

6.1.9. Traslados viales /chofer/peatón.

Recientemente en nuestro país se ha impuesto una regla de tránsito relacionada con el uso del cinturón de seguridad, el respeto de esta regla y todas aquellas relacionadas con el manejo de vehículo, así como el respeto de las normas de vialidad cuando se camina por las calles, son los aspectos que se analizan en esta categoría.

En el grupo de no médicos se encontró un mayor respeto de las normas de vialidad, tanto cuando se es chofer/copiloto en un vehículo, como cuando se es peatón. Las motivaciones para respetar este reglamento surgen de varias fuentes: algunos de ellos mencionaron que desde la familia de origen aprendieron estas reglas y las vivencias personales han sido otra fuente importante que ha hecho que actualmente hayan incorporado esas precauciones en su vida diaria:

"Bueno en el aspecto del vehículo, yo soy muy tranquilo, desde los diecisiete años me ha gustado el automovilismo deportivo y lo practiqué...si uno quiere correr se va a una pista, pero si uno quiere correr exponiendo la vida de los demás, pues no, quienes practicamos el automovilismo deportivo nos inculcan

mucho eso y aunado a eso trabajé en la Dirección General de Servicios Médicos...y luego al trabajar ahí y ver casos, cómo quedaban las gentes después de un accidente y porque eran ocasionados los accidentes y como que eso hace a uno entrar en razón."(Ent.07/2 arquitecto:389-391,398-406,473-478)

"..en carretera manejo muy bien...a lo mejor como siempre andaba en bicicleta, siempre que andaba en bicicleta me iba de la patada, siempre dejaba pasar y en el carro como que uso esa técnica...[el uso del cinturón] No sé, yo creo que siempre me quedo, en mi casa con mi padre siempre era el cinturón, entonces actualmente igual lo agarras y te lo pones...amigos se han accidentado y se han dado fuerte y bueno sabes todo lo que te hace el cinturón, un amigo murió porque no llevaba el cinturón...."(Ent06/2 biólogo:1556-1563,1573-1580,1600-1604)

El grupo de médicos estuvo dividido: Los médicos del primer nivel de atención y salud pública mencionaron que respetan las reglas de vialidad, por el contrario los médicos que laboran en el segundo nivel de atención tienen un comportamiento irregular, en ocasiones y cuando se considera útil se ponen el cinturón de seguridad, se incrementan los límites de velocidad si se va sólo en el automóvil (sin acompañantes, sobre todo sus hijos). Hubo diferencias entre estos médicos/cas que laboran en hospitales: una de las entrevistadas respeta las normas de vialidad a raíz del fallecimiento por atropellamiento de una compañera de trabajo, por el contrario el otro entrevistado, sólo respeta las normas de vialidad cuando es peatón, si va acompañado de sus hijos y esto esta relacionado con la educación vial que les va enseñando, si va solo no toma precauciones:

"Mira, siguiendo la seguridad, lo he usado, tenía la costumbre o tengo la costumbre de si usarlo casi siempre en las noches porque en el día la velocidad es menor, no se alcanza y de hecho revisando por lo de la tesis y el trabajo y todo eso, se sabe si y cuando no es útil el cinturón de seguridad, en el día las velocidades de tránsito son menores que en las noches que esta más despejado...pero además cuando ellos [sus hijos] van también soy muy moderado en la velocidad, en la carretera si les digo pónganse el cinturón.....cuando ando solo yo corro mucho ya generalmente me lo pongo, como voy solo manejo muy rápido...[cuando es peatón] si me bajo de la banqueta, en lugar de ir por la acera voy por la calle, pero lo mismo cuando voy con la familia, espérense vamos a cruzarnos aquí, vamos a cruzarnos a la hora del alto, mucho lo hago por ir educando a los niños, pero cuando voy solo creo

que no soy tan cuidadoso en ese detalle, me he cruzado entre carros.(Ent04/2 médico internista:369-380,405-407,419-421,594-608)

"Si yo procuro siempre pasarme en las líneas amarillas y en el crucero. Yo anteriormente no lo hacía, lo hice desde un día que una compañera ahí de Cuernavaca se atravesó corriendo y la atropellaron.....y se murió... [el uso del cinturón] Pues yo creo que es un mal hábito que anteriormente no se usaba y ahora sólo cuando voy a México...pero por ejemplo para andar aquí no, es un mal hábito."(Ent.02/2 médica pediatra:661-671,315-323)

"Mira a mí me atropellaron de chavo...chavito de siete años...estuve mucho tiempo inconsciente, me acuerdo de muy poco, me despertaba de repente y se me iba la onda después, entonces de eso de la calle si soy muy cuidadoso, igual con mis hijos soy muy cuidadoso, para caminar, para todo eso bueno en ese sentido si trato de medio ver los riesgos."(Ent.03/2 médico epidemiólogo:1120-1132)

El análisis de las diferencias del comportamiento entre médicos y no médicos permite hacer la siguiente reflexión: los médicos en la medida que tienen conocimientos del proceso salud-enfermedad y de los riesgos en salud, en este caso concreto de los riesgos en accidentes de tráfico; pareciera que el conocimiento les dota de invulnerabilidad, de tal manera que conociendo el fenómeno se sabría en que momento es útil o no tomar determinado cuidado o precaución. En ese sentido, los cambios en el comportamiento parecieran estar relacionados más con vivencias personales o accidentes de personas cercanas que con el conocimiento técnico que se posea.

6.2 Salud emocional.

Con la finalidad de indagar acerca de la salud mental se tomaron en consideración distintos aspectos para ser abordados durante las entrevistas, tales como: el estado de ánimo, qué afecta positiva y negativamente el ánimo, fuentes de angustia, de qué manera identifican los conflictos y como los solucionan. A continuación se presentan las categorías de esta área.

6.2.1. Estado de ánimo

Acerca del estado de ánimo, las mujeres de ambos grupos expresaron con menos dificultad cuál es el estado de ánimo cotidiano. Los varones en general expresaron que a pesar de las tensiones y dificultades logran mantenerse con buen ánimo, por el contrario las mujeres manifestaron tristeza y depresión.

Una médica específicamente señaló que las circunstancias en las que efectúa su trabajo clínico le generan malestar:

" [En el hospital] Sí, si influye, algunos casos nos afecta, yo creo que emocionalmente, sobre todo aquí vemos muchas cosas, mucha gente muy pobre, muy pobre y muchas veces requieren de un traslado y no aceptan por la falta de recursos económicos, entonces como que si nos sentimos mal, si me siento así como apachurrada, como que me siento impotente, si este niño se puede salvar en otro lugar, aquí se nos va a morir, entonces sí, eso es angustiante y eso es con mucha frecuencia aquí. [Qué hace] Pues se me pasa solito. He aprendido a entender a la gente, a veces nosotros les decimos: es que se va a ir a México, no si es a México yo no voy porque nunca he ido, pero como es posible que no pueda y cómo les digo, sobre todo a los residentes, para nosotros es fácil. Si el venir a Cuantla les da miedo, pues ir a una ciudad tan grande como México, pues si para ellos es angustiante y si pues si nos llega incluso a deprimir a sentir impotencia ¿qué podemos hacer?, pero pues es nuestro sistema, aguantarse y entenderlos ¿no?..... "(Ent. 02/2 médica pediatra:758-796)

Las otras mujeres del grupo de no médicos relacionaron sus malestares de ánimo con el ciclo menstrual y la menopausia. Estos cambios de ánimo relacionados con ciclos y niveles hormonales en el cuerpo de la mujer están ampliamente difundidos y cobran una influencia importante entre la población en general para explicar los cambios en el estado de ánimo, aunque en ocasiones encubran otros motivos por el que éste se modifica.

El género y la construcción social del ser hombre y mujer, son elementos que nos pueden dar una explicación acerca de la dificultad de los varones para expresar su estado de ánimo en contraposición con las mujeres. De acuerdo con los cánones sociales, las mujeres pueden expresar sus sentimientos e incluso llorar, por el contrario los varones deben mostrar una fortaleza que les impide mostrar sus sentimientos y por supuesto aceptar que su estado de ánimo decrece e incluso que se deprimen ante las

circunstancias laborales, familiares y sociales. Lo anterior se puede ver en un testimonio de uno de los entrevistados:

" No soy acá la fiesta andando ni nada de eso pero, soy una persona muy tranquila. Si a veces te llega como que la depre porque crees que mereces más y esas cosas, pero tampoco me preocupa mucho. [¿en qué crees que mereces más?] Al trabajo, al ingreso a esas cosas, pero como estoy contento con lo que hago, en eso también he sido a lo mejor ciertamente afortunado, de que los trabajos nunca han sido a fuerzas de que ¡ah! tengo que ir, siempre le veo el lado optimista al trabajo siempre he estado en trabajos que me han gustado, que me han interesado donde voy a hacer cosas, hacerlas bien, entonces como no soy, no creo ser una persona conflictiva, me la llevo tranquila, bien, suave.(Ent03/3 médico epidemiólogo:376-409)

Así, en esta categoría la diferencia es de género y no entre médicos y no médicos.

6.2.2. Fuentes de estrés

*"Doctor, ¿quién te enseñó todo esto?,
la respuesta llegó pronto: el sufrimiento"
Albert Camus (La plaga)*

En ambos grupos hubo tres fuentes de estrés claramente identificadas:

1. Aquellas que se refieren al ámbito laboral y que agrupan tanto los conflictos interpersonales entre colegas y jefes; como sobrecargas y las exigencias del trabajo.

Hay diferencias en ambos grupos y en el interior del grupo de médicos, en cuanto al estrés referido al trabajo específico que se realiza, por ejemplo, en el caso de los médicos clínicos y concretamente quienes laboran en los hospitales; para ellos la certeza del diagnóstico y el adecuado tratamiento es motivo de estrés. La escasez y carencia de recursos para hacer frente a las demandas de la población generan también angustia entre los médicos clínicos:

"...Mentiría si te dijera que no, en ocasiones no siento la presión....Allá [refiriéndose al Seguro Social] puedo tener presiones tanto de carácter laboral por la cantidad de gente, la falta de recursos, los conflictos con los compañeros, algún paciente. He tenido amenazas de judiciales que te tratan con prepotencia o políticos, esos enfrentamientos que en ese momento te ponen tenso, me angustian, pero bueno obviamente las situaciones del paciente, en pacientes difíciles, casos complicados, a veces me angustia no tener la precisión del diagnóstico o sentir que falle en algo, siempre he sentido el riesgo de que la vida de un individuo esta en mis manos...." (Ent.04/2 médico internista:344-366)

Uno de los médicos que se dedica a la salud pública mencionó de manera fehaciente que el estrés que le generaba las actividades clínicas, fue una de las razones para que tomara la decisión de no dedicarse a la clínica y que aunque en el nivel en que labora tiene presiones no se compara a la angustia que le generaba el trabajo clínico:

"Yo dejé la práctica clínica porque ahí sí me angustiaba mucho, la responsabilidad del diagnóstico acertado, eso sí me traía muy asoleado, ahí sí era una situación muy angustiada porque de repente decías, haber sino la regué y te quedas pensando, no sabes a lo mejor no era eso. No, eso sí estaba macabro, yo por eso decidí no hacer medicina clínica, porque sabía que me iba a angustiar permanentemente.

...te das cuenta que sí, la responsabilidad es grande, hay que entregar cosas, hay que cumplir, analizar y hacer las cosas bien y todo pero pues finalmente si la riegas no se van a morir un millón de gentes, no va a suceder eso, tu decisión no es tan inmediata, no tiene ese nivel de impacto y aquí en la práctica clínica pues sí, es un gran riesgo, te equivocas de medicamento y lo matas." (Ent.03/2 médico epidemiólogo:451-462, 505-516)

2. La situación económica. Los bajos salarios son fuente de estrés para ambos grupos y mencionan que justamente las bajas percepciones salariales, son el motivo por el que algunos buscan trabajo en otras instituciones o bien que trabajen simultáneamente en varios sitios. Los bajos salarios generan estrés en la medida que son los recursos para hacerle frente a las demandas de sus propias familias.

Aunque los bajos salarios generen incertidumbre en la vida cotidiana, un aspecto que contribuye a sobrellevar la angustia en el trabajo, es que en general todos los entrevistados están satisfechos con la actividad que realizan.

3. El estado de salud de miembros de la familia o las etapas del ciclo de vida de los hijos vienen a ser otro motivo de estrés. Los hijos/as adolescentes causan angustia debido a que en esa edad piden mayor independencia y la situación de inseguridad que prevalece en el estado de Morelos y en el país en general, genera preocupación porque los padres no pueden negarse a que los hijos realicen actividades normales para su edad.

La salud de los padres con enfermedades crónicas degenerativas o de otros miembros de la familia, ocasionan tristeza y vienen a ser motivo de angustia. En el caso de una integrante del grupo de no médicos la salud de los familiares le causa angustia pero más bien porque reflexiona que los sucesos de enfermedad le pueden ocurrir a ella que es una mujer sin pareja ni hijos y que no habrá alguien muy cercano para cuidarla.

Aunque en ambos grupos el ámbito laboral es motivo de estrés, existe una diferencia importante entre la tensión que genera el trabajo clínico con la angustia por sobrecarga de trabajo, económicos o las dinámicas interpersonales propias del ámbito laboral. El análisis de esta categoría mostró que los médicos que realizan actividades clínicas, fueron quienes manifestaron tener una mayor fuente de estrés en el ámbito laboral; lo cual coincide con la literatura existente que reporta que los médicos dedicados a las actividades clínicas viven con una tensión y angustia cotidiana en su vida diaria lo que pareciera estar relacionado con otros aspectos como las adicciones, los suicidios y la depresión. (Ortiz Quezada, F. 1997:19-24; Caplan, RP 1994:1261; Rimpela AH., y cols., 1987:85-6; Heim, E. 1991:90; 1992:207; Mingote A y col., 1999:21-57)

6.2.3. Identificación de conflictos

En la identificación de conflictos se encontró una diferencia entre ambos grupos. El grupo de no médicos en general mencionaron que identifican los conflictos sin dificultad en los distintos ámbitos de su vida y del grupo de médicos, sólo dos de ellos (un varón y una mujer); a los otros dos se les dificulta la identificación de conflictos.

Para quienes no tienen dificultad en identificar los conflictos, sean del grupo de médicos o no médicos, todos ellos coincidieron en que los aspectos que les permiten la identificación de conflictos en su vida personal, laboral y social son la observación, modificación de maneras de comportarse, tono de voz y el trato interpersonal.

Del grupo de médicos, quienes tienen dificultad para identificar conflictos, se reconoce que esta identificación se llega a dar de manera tardía, tanto en su vida familiar, social como laboral. Se argumenta que el poco tiempo que se tiene para la convivencia familiar puede ser un motivo que dificulte el reconocimiento del conflicto, paradójicamente esta escasez de tiempo se da porque se tiene una sobrecarga de trabajo, sin embargo tampoco en el área laboral se identifican los conflictos:

"Yo creo que si me cuesta trabajo, a lo mejor, me cuesta trabajo en el sentido de que, por el poco contacto que tengo y aunque es intenso el contacto que tengo, justo ese poco tiempo lo hago y lo hacen mis hijos de manera positiva.....pero si te puedo decir que me he dado cuenta que vivo casos ya muy pero muy en el límite, no de manera tardía, que de pronto descubro problemas con mi compañero o problemas entre hermanos, problemas con la pareja o inclusive síntomas de enfermedad y eso me doy cuenta casi, casi, más que nada por la actitud que algo, que se guarda...Laboralmente, no me, tengo la idea que siempre marchan las cosas correctas, no veo las crisis.. (Ent.04/2 médico internista:855-864, 878-887,932-934)

Lo que se observa es que el grupo de médicos tiene una mayor dificultad para identificar y reconocer conflictos y esta característica esta encadenada con su manejo

6.2.4. Manejo de conflictos.

Para el manejo de conflictos no hay diferencias entre ambos grupos, lo que se presenta en general es la manera de enfrentar los conflictos y el estrés en dos ámbitos:

familiar y laboral. En el área familiar tanto los médicos/cas como los no médicos/cas mencionan que el respeto, la comunicación clara y directa, el diálogo y el dar o pedir disculpas cuando se ha cometido algún error; son los mecanismos utilizados para el manejo de conflictos.

En el área laboral, más que un patrón de semejanzas o diferencias lo que se observa es que cada entrevistado/a, de acuerdo a su personalidad y a las circunstancias específicas de su entorno laboral poseen particularidades para enfrentar los conflictos y disminuir la angustia, sin embargo, en el grupo de no médicos/cas, dos entrevistadas mencionaron que no tienen mecanismos para enfrentar conflictos o que tienen una dificultad para hacerlo, debido a que en el ámbito laboral no se puede establecer una comunicación directa o las relaciones interpersonales no favorecen el enfrentamiento del conflicto y su resolución:

“En el ámbito familiar sí, pero en el ámbito laboral no porque desafortunadamente en el ámbito laboral hay intereses ocultos y esto no permite que la gente sea franca, cuando yo trataba de implementar esto de la franqueza y ser directa y decir: oye esto está mal, que onda con eso y al contrario en lugar de solucionarlo he tenido conflictos, entonces hay que empezarse a manejar de otra forma y empiezas a tener menos comunicación con la gente y al tener menos comunicación con la gente en ocasiones se acrecienta el conflicto. (Ent. 05/3 socióloga:28-42)

“Lo que pasa es que aquí en el trabajo es más difícil...por sus conductas o no hablan. Pues yo creo que esas [comunicarse y hablar] pero siempre y cuando la gente tenga la disposición, que no siempre hay. En la casa pues hay disposición y se platica entre nosotros, pero sí, aquí no tenemos el sentimiento de por medio o si ni siquiera nos saludamos...no soy la única, hay conflictos en general, ya llevo ocho, nueve años así” (Ent.08/2 química:515-527,544-553)

Estos testimonios pertenecen a dos entrevistadas que comparten el mismo sitio laboral, el Instituto Nacional de Salud Pública. Ya en otros de las categorías se ha hecho evidente que la dinámica y el ambiente laboral de esta institución es hostil y dificulta las relaciones interpersonales.

En el grupo de médicos/cas hubo dos vertientes para el manejo de conflictos, diferentes de acuerdo al género: las médicas manifestaron que en el ámbito laboral lo que hacen es tratar de entender lo que sucede, aceptar y conformarse con las situaciones que ocurren y que ellas no pueden resolver, tales como: desabasto de insumos para la atención médica, la falta de ética y la manera de realizar el ejercicio profesional de sus colegas, las dinámicas que se dan entre los empleados y los mandos medios o directivos de las instituciones:

"Ya más tranquila, anteriormente me angustiaba y ya ahora pues, ahora si que llega uno a caer en lo que todos, pues no hay, ya no me preocupo, lo anoto en el expediente que no hay y ya. Ahora lo que trata uno también es de protegerse, ya sabe que ahorita las ordenes legales están a la orden del día, entonces pues eso en parte nos angustia también, pero pues con protegernos en el expediente de que no hay las cosas, hacemos como le digo, voy a hacer todo lo humanamente, lo demás pues ya no está en mis manos, aunque yo quiera y antes eso si me angustiaba ahora ya no, no gano nada con estresarme, con angustiarme si no nos dan los insumos, para qué y finalmente la perjudicada soy yo". (Ent. 02/2 médica pediatra:44-63)

"...pero yo ya estoy entendiendo y esa es una de mis propuestas o de buenos propósitos este año, el no sufrir tanto, por lo que hagan los demás, porque si me angustio. El que no le den la importancia a un paciente como se debe doctora, el que lo vea yo como un número más en mi informe y que le mencionaba yo la vez pasada, que aquí el que atiende más número de pacientes anotados en el informe diario, es el que da mejor atención, entonces eso yo digo, bueno punto se acabó, ya no voy a sufrir por eso, si porque no hay nadie que le interese el querer que esto mejore..." (Ent.01/3 médica general:584-605)

Para los médicos varones, uno de ellos mencionó que utiliza los mismos mecanismos para resolver conflictos en el ámbito privado y en el laboral, considera que siempre ha trabajado en un clima de cordialidad en los distintos espacios en los que ha estado, sin embargo, él reconoce que utiliza el tabaco para disminuir angustia, que puede ser por cuestiones familiares o laborales. El otro médico, ha reconocido de antemano que tiene dificultades para identificar conflictos de ahí que menciona que el respeto, la comunicación y la disposición para escuchar a los otros sean los mecanismos que utiliza en los dos ámbitos.

Más que diferencias entre ambos grupos, lo que se observa es que dependiendo de la institución donde se labore son las maneras de enfrentar o no los conflictos que se presentan, es decir, de los sitios donde laboran los entrevistados: el hospital general y el instituto nacional de salud pública, es este último el espacio en donde resulta más complicado la resolución de conflictos debido a la dinámica dentro de la institución que permea las relaciones interpersonales y sociales de quienes ahí laboran.

Otro aspecto a señalar es que hay diferencia en la manera de enfrentar los conflictos en el ámbito laboral entre hombres y mujeres, es probable que esto este vinculado con el reconocimiento diferencial, a nivel social que se hace del trabajo profesional de las mujeres y los hombres, aunque en el análisis concreto de las entrevistas aquí analizadas no tenemos la posibilidad de afirmarlo.

6.2.5. Sexualidad

Esta es otra de las categorías en donde las diferencias se ubican en el género. Todos los varones, incluyendo aquel cuyo estado civil lo sitúa en el *status* de no tener pareja; tienen vida sexual activa. Por el contrario, las mujeres que de acuerdo a su estado civil no tienen pareja, no tienen vida sexual. Otra diferencia es que las mujeres con pareja son monógamas en sus relaciones sexuales y los varones, a excepción de dos de ellos, los otros tienen vida sexual con parejas distintas a la usual.

Las mujeres sin pareja (una médica y otra no médica) manifiestan explicaciones que las conducen a no tener vida sexual:

“Sexualmente yo no necesito pareja, se lo digo honestamente, probablemente yo lo he analizado, porque me lo preguntaba esta amiga que le digo que es psicoterapeuta, tenemos mucha confianza y ella me decía: ¿es que sexualmente no necesitas pareja?, palabra que no, a lo mejor porque no sé si le haya platicado, mi esposo fue muy guapo, era como le dijera, como que llegó a llenar y dejó completamente lleno todo ese espacio, esa necesidad de vida sexual, yo me analizo y a veces me califico como ahorita asexual, sin esa necesidad de una pareja...” (Ent.01/3 médica general:71-90)

"Sabes que yo creo que esto ha pasado por la etapa en la que estoy, en la que entré en la menopausia, disminuye tu apetito sexual, disminuyen varias cosas, entonces creo que las cuestiones físicas más serias están pasando entonces creo que también va a pasar esto.... Si no sé que vaya a pasar más adelante, además yo quiero estar bien, quiero estar bien y uno nunca sabe que te depara el destino cuando menos lo piensas, bueno pues, sale una persona adecuada para una relación." (Ent. 05/3 socióloga:1143-1153,1213-1223)

Lo concreto es que las mujeres maduras sin pareja y profesionistas tienen dificultades reales para conseguir una pareja y lo que las estadísticas reportan es que las mujeres que modifican su estado civil por viudez, divorcio o separación, en un alto porcentaje ya no vuelven a tener pareja y lo que las estadísticas no nos dicen es que probablemente no sólo no vuelven a unirse en pareja sino que además no tienen vida sexual activa.

Las mujeres con pareja, comparten entre sí una característica de vivir su sexualidad de exclusividad con su pareja, este es un aspecto cultural de esta cohorte de mujeres en nuestro país, señalada incluso por las propias entrevistadas:

"...No, no nada más una..... a mi me educaron todavía a la antigüita y nos dijeron que nomás una pareja y ya, yo me siento bien con esa persona, yo lo amo, entonces no me llama la atención andar con otras personas." (Ent.02/2 médica pediatra:424-428,438-446)

Otro aspecto relacionado con la sexualidad es el uso del condón. En los varones que admitieron tener vida sexual con parejas no usuales, se encontró una diferencia entre el grupo de médicos y el de no médicos. El primero menciona los motivos por los que no usa condón,

" No, porque no era tan casual, porque no era con una prostituta ni con una mujer que tuviera una vida promiscua, fue un contacto casual, ese si fue un contacto casual. No lo uso porque no me considero una persona en riesgo de contraer o de contagiar. (Ent.03/3 médico epidemiólogo:1171-1177)

de igual manera, sólo que en sentido contrario lo hace el entrevistado del grupo de no médicos:

"Pues finalmente porque llevo una vida sexual activa con mi esposa y si yo llegase a contraer alguna enfermedad por tener una relación con otra persona a la cual no conozco tan bien como a mi esposa pues sería bastante ridículo que por una situación de esas yo infectara a mi esposa, por eso, es que trato de evitar incluso el tener ese tipo de relaciones, no soy un santo ni mucho menos pero, cuando se ha llegado a dar el caso si uso condón..... Porque el uso del condón a mi me ocasiona una cierta disminución en el placer, entonces no tanto por cuidarme yo, porque finalmente a mi a lo mejor si disfrutaría yo más hacerlo sin condón, pero aunque sé que estoy haciendo algo malo siempre estoy pensando en ella." (Ent.07/2 arquitecto:689-717)

El médico justifica la no utilización del condón, con un discurso que apela a la razón, sin embargo se sabe que las enfermedades de transmisión sexual y específicamente el virus de inmunodeficiencia adquirida es suficiente con un sólo contacto sexual para que se adquiriera. Nuevamente pareciera que el conocimiento y la profesión dotan de invulnerabilidad al personal de salud y justamente por ese hecho se permitiese transgredir las normas y reglas de la salud pública que se le dictan a la población en general pero que no rigen a los trabajadores de la salud. En contraparte, el testimonio del entrevistado no médico aunque reconoce las molestias que se tienen con el uso del condón, manifiesta con claridad la importancia de la utilización del mismo, con la finalidad de prevenir problemas de salud futuros tanto para él como su pareja.

6.2.6. Satisfacción/insatisfacción

Ambos grupos encuentran satisfacción en el desarrollo de las actividades propias de su profesión y con los logros obtenidos en su vida personal. Los médicos clínicos encuentran satisfacción en las actividades propias de la clínica: la enunciación del diagnóstico, manejo y el trato con los pacientes. El médico internista que trabaja en un servicio de urgencias dice lo siguiente:

"...precisar el diagnóstico me da mucha satisfacción. Llega el paciente lo recibe uno y pone un diagnóstico, el otro pone otro diagnóstico y a veces no sé si lo razonan o de plano no le interesa el diagnóstico. Yo cuando llego al diagnóstico es, me da un triunfo, me gusta. A veces digo: esto es quirúrgico, como que es un

reto para el cirujano, mira esto y los otros, no que mira que es abdomen blando depresible, no, opéralo y cuando lo operan y con que fue una úlcera perforada, una vesícula rota, eso como que me da gusto..."(Ent.04/02 médico internista:462-476)

La satisfacción profesional de los médicos vinculada al diagnóstico clínico, representa el sufrimiento y dolor de los pacientes y que únicamente cuando los propios médicos se enferman y juegan el papel de pacientes, reflexionan alrededor de la trascendencia personal que significa un diagnóstico en la vida de las personas (Ponce de León, O. 1997:59-267; Hahn, RA. 1995:234-261).

El trabajo clínico también está ligado a la satisfacción de apoyar en el restablecimiento de la salud de los pacientes:

"Bueno pues me gusta lo que hago, con las angustias del trabajo pero me gusta lo que hago.... Pues sacar adelante a los niños, sobre todo los graves, están graves y sí, si es una gran satisfacción verlos que se van bien. Si a mí me hace sentir bien. Hay mucha gente agradecida todavía, a veces uno ni recuerda a las personas y se las encuentra en la calle, es que usted curó a mi niño y eso me hace sentir bien, que le reconozcan a uno que contribuyó en la salud de ese niño, no tanto la cosa económica, sino la afectiva más que nada." (Ent02/2 médica pediatra:512-514,536-553)

"El que yo me sienta bien, después de que hago un tratamiento y hago mi consulta de control y el paciente está sano, eso es lo más satisfactorio..."(Ent01/1 médica general:1086-1089)

La satisfacción del médico que no realiza trabajo clínico y desempeña actividades de investigación en salud pública, está vinculada a que sus aportes han contribuido a la toma de decisiones, a la enseñanza de la salud pública y al reto que implica el trabajo intelectual de investigación en sí mismo.

Para el grupo de no médicos/cas la satisfacción en el ámbito laboral se relaciona con diferentes aspectos: desde actividades docentes, de investigación y la contribución que se hace desde la esfera administrativa para que las actividades de investigación y docencia puedan ser realizadas, hasta satisfacciones muy específicas centradas en la posibilidad de obtener un salario fijo de manera continua:

"Pues sobre el trabajo aquí, mi satisfacción es tener un ingreso fijo....porque los negocios, a no ser grandes empresas, estamos siempre en la cuerda floja, entonces sino tuviese yo un ingreso fijo con el cual pudiera yo comer con mi familia, pues el poco trabajo que a veces tuviese yo en mi negocio pues me lo comería, entonces no habría manera de mantener el negocio a flote, entonces gracias al trabajo aquí es como he mantenido mi negocio y lo he hecho prosperar.

[Satisfacción en su negocio]. Sí porque mi desarrollo es profesional en el aspecto de creatividad, nosotros lo que vendemos en mi negocio son ideas publicitarias, campañas de publicidad, anuncios, slogans, eso es lo que hacemos, entonces ese tipo de trabajo da mucha satisfacción.."(Ent.07/02 arquitecto:51-81)

En el ámbito personal la satisfacción se ubica en tener una familia, que para el caso de quienes no tienen pareja ni hijos, la familia extensa (sobrinos, hermanos, padres etc.) constituyen el motivo de satisfacción y para quienes en otra etapa de su vida tuvieron una familia nuclear (viudez, divorcio), son los hijos en primer término, aún cuando ya no vivan juntos, y en segundo lugar la familia extensa quienes representan satisfacción.

Para ambos grupos la insatisfacción en el espacio laboral se ubica en varios aspectos: 1) por los sueldos bajos, que aunque en general manifiestan que les gusta su trabajo, señalan que está mal pagado y que el salario es insuficiente. 2) El ambiente que prevalece en los sitios de trabajo, las interrelaciones entre compañeros-jefes inmediatos y las autoridades, por la manera en que se otorgan los estímulos al desempeño y el poco o nulo reconocimiento al trabajo. Uno de los testimonios describe esta situación:

"...La competencia de los compañeros, hay algunas veces que los jefes te tratan mal, y eso hace el ambiente desagradable...Aquí hay mucha, pues no lo veo como competencia si fuera competencia pues uno trata de rebasar, de crecer más en conocimientos y todo y bueno de esa manera poder, es una competencia como se le puede decir envidiosa, nociva, que no dejan subir tantito, porque a él y a mí no... [además] el sueldo, sí el sueldo."(Ent08/1 química:1060-1063, 1082-1098)

En la esfera personal, hubo pocas manifestaciones de insatisfacción en ambos grupos y sólo dos de los entrevistados/as (uno de cada grupo), señalaron que la imposibilidad de tener hijos es un motivo importante de insatisfacción.

6.2.7. Proyecto de vida, objetivos y expectativas.

El grupo de edad al que pertenecen los entrevistados permitió indagar sobre objetivos y metas planteadas en etapas previas de la vida y contrastarlas con lo que se ha alcanzado actualmente y lo que aún se tiene pendiente. En esta categoría no hay diferencias entre ambos grupos, se constituyeron más bien como un grupo de seres humanos con ambiciones, anhelos, sueños y sinsabores. El proyecto de vida de todos los entrevistados se ubico más dentro de lo que Laín Entralgo llama como la esperanza, en el sentido de tener ánimo y optimismo ante el futuro, asumiendo el tiempo pasado como fundamento del presente y material para el futuro. (Laín Entralgo, 1958:300-2)

En general, en ambos grupos se manifestó satisfacción en el terreno profesional ya que sus metas se han alcanzado, en donde hubo particularidades fue en el terreno personal. Para algunos de ellos, el haber conformado una familia y la crianza de los hijos ha constituido un eje fundamental en sus vidas e incluso influido en decisiones laborales:

"...Los chicos si importan mucho, son un motor importante, de hecho la decisión de venirme para acá, [INSP] fue en función de poder estar más con ellos... era buscarse un nicho de trabajo menos demandante, porque era un momento vital de estar con ellos, verlos crecer y todo eso, ya finalmente luego crecen y te mandan al carajo y era un poco ese plan de decir bueno que me vaya bien en un lugar agradable que pueda yo crecer, hacer cosas que me gustan, pero con libertad para moverme y decidir que hago con mi tiempo, dedicarlo a mi familia, a los niños, creo que ahí fue muy acertado porque ahora tengo con ellos una relación muy fuerte. Si en lugar de venirme para acá me hubiera quedado en la Dirección General de Epidemiología con el mismo trabajo obsesivo, sin ir a comer, llegar tarde, no verlos crecer, no bañarlos, no leerles, todo lo que hacía con ellos todos los días y luego los fines de semana andar de giras, pues probablemente ahí si me hubiera dado en la torre, no creo que eso hubiera impedido lo que sucedió ahora [su divorcio]...Entonces hubiera sido

muy diferente, no hubiera tenido ese amarre con mis hijos, la distancia hubiera sido mayor porque no me hubieran visto, entonces ahí si hubiera sido trágico.” (Ent.03/3 médico epidemiólogo:788-831)

Para otros/as la imposibilidad de la maternidad/paternidad ha significado una frustración en sus vidas:

“ Hablando de proyecto de vida en general, tanto en cuestiones profesionales como personales: bueno en cuanto, yo creo que me faltó una: ser mamá, yo creo que va a ser mi gran frustración, no se pudo, todavía reniego y digo ¿ por qué?, si hay mujeres que rechazan a sus hijos y otras que queremos no podemos, pero a mi me tocó la mala suerte ” (Ent02/2 médica pediatra:459-479)

Para otros/as el hecho de no tener pareja ni hijos, fue en otra etapa de sus vidas una presión social que superaron y actualmente el hecho de estar solos/as no afecta su satisfacción con la vida.

Algunos de ellos ubican dentro de su proyecto de vida, la obtención de bienes materiales, (casa propia, auto) otros se encuentran satisfechos en este aspecto.

La posibilidad de tener más tiempo para realizar actividades distintas a las que realizan cotidianamente, como leer y escribir (poesía, novelas, cuentos), pintar, viajar y concluir la crianza de los hijos son aspectos que tienen aún pendiente por realizar en etapas posteriores de sus vidas y que se plantean algunos de los entrevistados en ambos grupos.

6.3. Salud del área social

6.3.1. Actividades de esparcimiento y recreación.

Existen diferencias en ambos grupos y en el interior del grupo de médicos/cas en cuanto a las actividades recreativas o de esparcimiento. El grupo de no médicos realiza actividades de esparcimiento mucho más variadas, frecuentes y constantes que el grupo de médicos a excepción de uno de sus integrantes.

El esparcimiento de los integrantes del grupo de no médicos/cas incluyen tanto actividades individuales: leer, escribir, oír música, andar en bicicleta; como actividades en grupo y sociales: salir al cine o a comer fuera de casa en grupo, pasear en el campo o subir montañas, visitar la propia ciudad donde se vive u otras, visitas y comidas con amigos.

En el caso de los médicos/cas, sólo uno de ellos dedicado a la salud pública comparte el patrón de esparcimiento de los integrantes del grupo de no médicos/cas. Los otros tres, realizan actividades más al interior de sus propias casas e individuales: leer, ver programas de televisión o películas en video, escuchar música, labores de jardinería, tejer, bordar, guisar, descansar sin hacer nada especial. Sólo la médica que labora en el primer nivel realiza además de estas actividades individuales, algunas otras con un componente más grupal y social: visita a sus padres, ocasionalmente sale de pasco con familiares y amiga, sale a comer fuera o a casa de amigas.

El patrón de esparcimiento más restringido y prácticamente centrado en actividades al interior de la vivienda se concentra en los médicos que laboran en el segundo nivel y que no tienen ningún día de descanso, ya que trabajan los siete días de la semana. Este ritmo de trabajo limita de manera real las posibilidades de esparcimiento pero además ha conducido a una dificultad para disfrutar del ocio y el esparcimiento cuando se tiene el tiempo para hacerlo y pareciera que se han acostumbrado a un ritmo de trabajo que cuando se encuentran en otra situación distinta tienen la sensación de pérdida de tiempo o de poca creatividad para hacer actividades propias de recreación:

"Si ahora a veces luego me dicen, pues te habías de ir de vacaciones, mira a mí me gusta más estar en mi casa, así descanso, yo sola, escuchando música o acostada sin hacer nada, a mí eso me relaja mucho más que salir.....Pues a mí me gusta, creo que soy hogareña, me gusta tener mi casa limpia, cuando tengo tiempo lo hago. Usted sabe que siempre andamos de carrera y no siempre se puede hacer y me gusta, me gusta sentirme ama de casa, yo creo que fui una

ama de casa mujer y a todas nos gusta, bueno no a todas, hay quienes no les gusta estar en su casa, a mí me gusta guisar, a mí me gusta tener la ropa limpia para el hombre, la mía, sacudir, sí a mí me gusta la casa, me siento a gusto.”(Ent.02/1-2 médica pediatra:1006-1012,715-728)

“.....antes de las vacaciones que tenemos de fin de año estuve de vacaciones en el Seguro [IMSS] y me di cuenta de una cosa, era sábado o domingo y yo tenía que estar haciendo algo: leyendo un libro, estar en la computadora, pues así como que días de descanso a veces no se me da Ahora por ejemplo dos, tres semanas estuve de descanso en el Seguro y que no me levantaba, que no me tenía que levantar temprano para irme a trabajar, en lugar de levantarme al cuarto para las seis, me despertaba cuando tarde a las siete y media ya estaba despierto, pero entonces a esa hora yo siento que estoy atrasado en hacer cosas. [Siento que] se me fue el tiempo sí y ahorita reflexioné en eso porque en esos días íbamos apenas a desayunar, yo ya había estado regando el jardín, ya había hecho cosas, los niños se levantaron tarde, ya son las nueve de la mañana, les dije y ¿cómo me contesto?, no me acuerdo exactamente como me contestó; dije: ya es muy tarde, [le contestaron]: no, cómo si son las nueve apenas. [Tuvo] La sensación de que ya habían pasado, o se me habían pasado muchas horas. (Ent. 04/2-3 médico internista: 505-531,302-309)

Actividades como ver televisión que para el grupo de médicos/cas es considerada como una actividad de ocio y recreación se realiza poco con el grupo de no médicos/cas y uno de ellos incluso la considera como insuficiente para el relajamiento, por lo que para este entrevistado son imprescindibles las actividades de esparcimiento de otra manera y de forma constante en su vida diaria:

“...porque sé que el sábado va a ser de descanso y no solamente el descanso para mí es irme y acostarme, quedarme sentado porque finalmente si me pongo a ver la televisión no descanso, para mí el descanso tiene que ser mental, ocupar mi cabeza en cosas totalmente distintas, como ir al cine con ella [su esposa] o ir a casa de unos amigos o ir a comer a un restaurante, ver otra gente, eso es descanso; salir de la rutina.”(Ent. 07/2 arquitecto:1073-1084)

Además de la profesión, el ritmo de trabajo influye de manera importante en el tipo de esparcimiento y se hace un círculo vicioso porque en la medida que se tiene sobrecarga de trabajo, se limitan las actividades de ocio y la posibilidad de relajamiento real, pero además se entra en un acostumbramiento a la sobrecarga de trabajo, de forma que ya no se visualizan las propias personas disfrutando del ocio y haciendo una búsqueda creativa y activa para realizar actividades de esparcimiento y recreación.

6.3.2. Apoyo para el autocuidado.

Una de las hipótesis del estudio era que las mujeres por el papel social de cuidadoras de los otros y las médicas con su doble rol de cuidadoras en las instituciones de salud y en su casa con los miembros de la familia, se cuidaban menos que los varones y justamente en esta categoría lo que se encontró es que en general los varones (a excepción de un médico) tanto médicos como no médicos reciben apoyos concretos para su autocuidado y existe una constelación de personajes, sobre todo mujeres (pareja, madre, amigos) que se los facilitan y promueven. Por el contrario, las mujeres de ambos grupos no reciben apoyo para cuidarse pero además ellas mismas consideran lo más natural que nadie les prodigue atenciones para su autocuidado:

No lo había pensado, no. [que alguien le apoyará en su autocuidado]me acostaba yo tardísimo cuando tenía yo a mi esposo, me acostaba yo muy tarde, él era demasiado exigente para la alimentación, como buen ranchero, entonces tenía yo que dejar preparado desayuno, almuerzo y comida, porque el no almorzaba lo que iba a comer, claro que no, entonces ahí era mucho más mi trabajo, mucho más, a él no le gustaba por ejemplo, que la señora que me ayudaba a lavar, a arreglar la casa, le lavara su ropa, entonces la ropa la lavaba yo. ¡Ah claro!, [ella cuidaba] la salud de ellos, de los tres, de mi esposo y de mis dos hijos sí, pero no nadie me decía oye [cuidate tu].” (Ent. 01/3 médica general: 1406-1411, 1426-1473)

“ [quien la cuida a ella] *No pues nadie...*[su contestación tenía un tono de extrañeza por la pregunta que se le hizo] (Ent. 08/1 química:351-356)

El papel que la sociedad le ha asignado a la mujer de cuidadora de los otros, se ha interiorizado en las mujeres, de modo que no se cuestiona ni reflexiona sobre este rol y se da por hecho que ellas cuiden de los otros y nadie cuida de ellas. Las mujeres profesionistas de este estudio coinciden en su papel de cuidadoras de los otros, con lo señalado en otras investigaciones sobre otro tipo de mujeres. (Hernández Tezoquipa, I.

y cols, 2001:446-9; Menéndez, 1990a:178-9; Hernández Tezoquipa y cols. [en prensa], Sayavedra, 1997:76-80; Modena, 1990:134-7)

Las mujeres realizan una serie de actividades para prodigar cuidado a los otros, lo que repercute directamente sobre la salud y el autocuidado que se brinda a sí misma cada persona. Entre los varones entrevistados, los apoyos y cuidados concretos que reciben van desde la preparación de alimentos y dietas especiales en casos de enfermedad, hasta que las mujeres realicen básicamente todas las funciones domésticas para que ellos tengan tiempo para hacer otras actividades: ejercicio o esparcimiento, señalarles la necesidad de que acudan al dentista o dejen de fumar; tener lista la ropa que a ellos les gusta y ordenada la casa. También para los varones resulta natural ser cuidado, es un aspecto social que se da de hecho y se espera que así ocurra.

Durante el trabajo de campo uno de los entrevistados modificó su estado civil y finalizó su divorcio y fue palpable que antes él recibía una serie de apoyos para el cuidado de su persona y posteriormente él tenía que hacerse cargo de realizar actividades concretas: compra de despensa y comida, preparar alimentos, su dieta se modificó radicalmente e incluso él reflexionaba en que antes lo cuidaban y ahora lo tenía que hacer él personalmente:

"Pues mira una porque estoy solo, dos porque me tengo que cuidar, antes me cuidaban, ahora me tengo que cuidar yo solo.....(Ent. 03/1 médico epidemiólogo:676-679)

En síntesis las diferencias en esta categoría no están relacionadas con la profesión sino con el género en donde tanto médicas como no médicas asumen el papel de cuidadoras de los otros, aunque se descuiden a sí mismas. Sin embargo, es necesario mencionar que las mujeres con estas características, que tienen o han tenido pareja e hijos, aún y cuando realicen el papel de cuidadoras de los otros; tienen rutinas cotidianas que las hace llevar un modo de vida más saludable que las mujeres solas.

6.3.3. Apoyo para el cuidado de otros

Nuevamente las mujeres de uno y otro grupo son quienes prodigan cuidados a los distintos miembros de la familia e incluso a integrantes de la familia extensa. Las mujeres cuidan a la pareja, a los hijos, a los padres, hermanos/as e incluso tías/os, sobrinos y amigas. En el cuidado y procuración hacia los otros, hay un componente de no cuidado o descuido para sí misma. El siguiente testimonio es de una entrevistada del grupo de médicos/as que ella sólo almuerza y no come en casa, pero cocina diario:

“No, yo hago comida para dejar comida en la casa. [Alimento] que yo no como y que algunas veces llego a desayunar.(Ent02/1 médica pediatra: 388-394)

O bien el caso de otra de las entrevistadas que nos relata la rutina diaria y se aprecian las múltiples actividades que realiza para el cuidado de los otros y menoscabo de sí misma, ya que aunque invierte una buena cantidad de su tiempo y energía preparando alimentos, ella no alcanza a desayunar en su casa y se lleva un refrigerio a su trabajo. .

“...el lunes es levantarse cinco y media, hacer desayuno, cinco y media hago desayuno, preparo comida, después me baño.... Sí lo que pasa es que la hago [la comida] para mi esposo, no para mí, preparo desayuno, desayunan y luego la comida y después me vengo para acá. Bueno y aparte preparo comida porque mi esposo se tiene que llevar a su trabajo....después atiendo a mis hijas, las ayudo a arreglarse, a la más chiquita todavía le tengo que ayudar, la peino y todo eso, luego me arreglo yo y luego me vengo. Mi rutina es llevarla a la escuela, dejarla ahí, tomo la ruta, me vengo y ya estoy aquí todo el día.... yo me preparo una torta o un sándwich o lo que se pueda y si me traigo desayuno.. ” (Ent. 08/1 química:17-28, 33-40, 265-268)

Las mujeres no siempre son conscientes de su papel social de cuidadoras de los otros y que implícitamente al jugar ese rol dentro de la familia y la sociedad, disminuyen el cuidado que se pueden prodigar a sí mismas, sin embargo, aún cuando son conscientes lo asumen y lo aceptan:

“...siempre he estado al cuidado de la salud de mi mamá, de los hermanos, de los sobrinos, de tal manera que es como utilizar mi red social para poder atender

problemas de salud o algún tipo de complicación que puedan tener ellos...no es que a las mujeres nos enseñan a ser fuertes y si te caes volverte a levantar, pero si me toca cuidar, con el con que de que sé más y estoy conectada con el sector [salud], siempre ha sido eso, de que van a operar a fulana, que van a tener consulta, que si conoces a zutano y entonces tratar de apoyar a través de la red social... Sí, es el papel que me tocó y es muy difícil que me desprenda...esa función yo creo que es muy difícil que me la quite, me la enseñaron desde chica y eso te lleva a desproteger a ti misma por proteger a los demás. Sí, porque yo debería poner ya un límite en ciertas actividades, no, pero que va a pasar si esto, la repercusión que va a tener esa gente.... (Ent04/2 socióloga:697-703,729-743,749-753)

"no sé, a veces ni yo entiendo, fueron vivencias de mi mamá, yo a mi mamá le ayudaba y como que me siento comprometida de seguir lo que dejó mi mamá o sea mi mamá le ayudaba a mi hermana, entonces al faltar mi mamá como que yo no podía no ayudar en nada."(Ent02/2 médica pediatra:877-884)

El papel social de la mujer de cuidadora de los otros puede tener variantes dependiendo de la etapa de la vida de la mujer. Cuando la mujer tiene hijos y pareja, ellos se constituyen en el foco principal de sus cuidados; aunque haya otros personajes a quien ellas también cuidan. Cuando ya no tiene pareja y los hijos ya no viven con la mujer, aún así la mujer continúa desempeñando su papel de cuidadora de otros: padres, hermanos, otros familiares, amigas y se agregan nuevos integrantes: nietos, yernos etc. Es decir, desde niña la mujer cuida de los hermanos pequeños, de adulta a los hijos, la pareja y otros miembros más, de mujer mayor: hijos, pareja, nietos, etc.. La mujer durante todo su ciclo de vida juega un papel de cuidadora de los otros (Hernández Tezoquipa, I y cols, 2001:446-9).

Los hombres entrevistados de ambos grupos, realizan algunas acciones puntuales de cuidado a los hijos: platican con ellos sobre aspectos como las drogas, tabaco, sexualidad; conviven y juegan con los hijos, vigilan los sitios frecuentados por hijos adolescentes y cuando son pequeños cuidan los espacios donde juegan para evitar situaciones riesgosas y accidentes. La logística general del cuidado sigue estando a cargo de sus parejas.

Sólo uno de los varones entrevistados con pareja pero sin hijos, y tal vez por esa misma circunstancia, mencionó que prodiga cuidados a su pareja como un acto de reciprocidad mutua de cuidarse ambos. Los otros tres sólo brindan cuidados puntuales a sus hijos pero no a sus parejas.

La bibliografía reporta que tanto en países desarrollados como subdesarrollados las mujeres realizan el rol de cuidadoras de los otros, más que de la suya. (Menéndez, 1990a:178; 1992b:6)

6.4 Influencia de la familia de origen, institución laboral y las circunstancias sociales.

En este capítulo, el conjunto de todas las categorías en las que fueron analizadas las entrevistas permite señalar que en general se ven influenciadas por categorías específicas que se presentaron en el capítulo V, como son la familia de origen y la institución laboral. Otros aspectos que intervienen en el autocuidado son el género, la experiencia de tener o haber tenido pareja y/o hijos, así como experiencias y vivencias de enfermedad o muerte de amigos o familiares y circunstancias sociales ligadas a las condiciones de vida.

En el autocuidado se concentran distintos tiempos: el pasado remoto, el pasado reciente, el presente y el futuro. El pasado remoto a través de la huella que ha dejado la familia de origen y la cultura que fueron creando estructuras y esquemas profundos que van tejiendo la historia personal. A lo anterior se agrega el pasado reciente con las experiencias de vivir en pareja, la crianza de los hijos y ubicarse socialmente dentro de un gremio laboral que impone una perspectiva particular del mundo y demandas específicas del espacio ocupacional. El tiempo presente, con circunstancias sociales específicas, en el cual se plasman las prácticas de la vida cotidiana y que construyen el

autocuidado, las cuáles se perfilan hacia el futuro con la expectativa de que al realizar o no una determinada acción se consiga llegar en buenas condiciones de salud a otras etapas del ciclo de vida.

En el autocuidado se reúne una constelación de diversos aspectos que posibilitan las prácticas que se realizan. A manera de síntesis, en el cuadro No. 8 se presentan las distintas categorías que se analizaron en este capítulo y los aspectos que tuvieron mayor relevancia, tanto para el grupo de médicos como de no médicos.

CUADRO 8

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN EL AUTOCUIDADO EN AMBOS GRUPOS

CATEGORÍA	1 FAM. ORIG	2 PAREJA HIJOS	3 GENE RO	4 SOC*	5 INST LAB	6 EXP.
Rutina de la vida cotidiana	*	*		*	*	
Ejercicio	*	*			*	
Alimentación	*	*		*		
Sueño/descanso	*	*				
Revisiones médicas				*		*
Citología vaginal y autoexpl. mamas				*		
Asistencia al dentista	*			*		
Adicción al tabaco				*	*	*
Consumo de bebidas alcohólicas			*	*		*
Respeto de las normas de vialidad	*					*
Fuentes de estrés		*		*	*	
Identificación de conflictos		*				*
Manejo de conflictos	*	*			*	*
Sexualidad			*			
Satisfacción/insatisfacción		*			*	*
Proyecto de vida		*				*
Esparcimiento	*	*		*		
Cuidado de otros	*		*			

1. Familia de origen, 2. Pareja e hijos, 3. Género, 4. Circunstancias sociales y laborales, 5. Institución laboral, 6. Experiencias y vivencias.

Fuente: Entrevistas en profundidad, Estado de Morelos 2000

La familia de origen y la actual se constituye como un eje fundamental que articula rutinas, costumbres y pautas para el autocuidado, en ese sentido se podría hablar que a partir de las condiciones de vida y alrededor del núcleo familiar, el grupo social y el entorno laboral se entreteje una red que impulsa o dificulta el autocuidado en las personas.

El género marca una diferencia entre hombres y mujeres en relación a la sexualidad y el consumo de bebidas alcohólicas. Estos aspectos sobresalieron tanto en el análisis cuantitativo como cualitativo.

A partir de la información recolectada en las entrevistas en profundidad se construyó un cuadro que presenta los factores de protección que posibilitan el autocuidado y factores de riesgo que lo entorpecen. En este cuadro se esquematiza de una manera didáctica y gráfica que en el grupo de médicos existe un mayor predominio de factores de riesgo y menos los de protección. Un conjunto de los factores de riesgo para el caso de los médicos se inscribe en el espacio laboral (cuadro 9).

**CUADRO 9.
FACTORES DE PROTECCION Y DE RIESGO EN EL GRUPO DE MEDICOS Y NO MEDICOS.**

ENT	OCUP	LUGAR	E.CI-VIL	FACTORES DE PROTECCION												FACTORES DE RIESGO												
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ma. Eva	Médica	consulta externa	Viuda		*	*				*			*	*	*			*				*	*		*	*		
Iris	Médica	Pediatría/Hospital	U. Libre						*							*	*			*	*	*	*		*	*		
Hiram	Médico	Inv. Salud Pública	Divorciado		*	*	*	*		*		*	*		*		*		*			*						
Conrado	Médico	Med. Int. Hospital	Casado		*	*			*	*	*				*			*	*	*	*	*	*	*	*	*		
Clara	Socióloga	Docencia Salud Pub.	Soltera				*		*		*		*	*	*	*		*	*				*		*	*		
Bernardo	Arquitecto	Admo. Salud Pub	Casado	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		*			*							
Gerardo	Biólogo	Inv. Salud Pública	Casado sin hijos	*	*		*	*	*	*	*	*	*	*	*													
Elisa	Química	Inv. Salud Pública	Casada		*	*	*		*		*	*	*	*				*										

FACTORES DE PROTECCIÓN: 1. Apoyo para el autocuidado. 2. Tener o haber tenido hijos y/o pareja. 3. Enseñaza de pautas de cuidado a los hijos. 4. Red social para dialogar y compartir experiencias. 5. Relaciones interpersonales y dinámica laboral armoniosa. 6. Dinámica familiar armoniosa. 7. Satisfacción laboral, 8. Satisfacción con la vida personal. 9 Actividades de esparcimiento. 10 Manejo adecuado del estrés. 11 Revisiones médicas. 12 Asistencia al dentista

FACTORES DE RIESGO: 1. Alimentación inadecuada. 2. Tabaquismo. 3.alcoholismo. 4. Sedentarismo. 5. Sueño/descanso inadecuado. 6. No realiza revisiones médicas. 7. No asiste al dentista. 8. No respeta las normas de vialidad. 9. Actividades de esparcimiento nulas o mínimas. 10. Sexualidad: Sexo sin condón, abstinencia sexual 11. Manejo de conflictos en la familia. 12. Manejo de conflictos laborales. 13 Sobrecarga de trabajo y estrés laboral

Fuente: Entrevistas en profundidad. Morelos 2000

De nuevo se retoma el concepto de vulnerabilidad al analizar los factores de riesgo y protección encontrados a partir del análisis de las entrevistas y lo que se observa es la invulnerabilidad con que se manejan los médicos/as. Los médicos incurren en un mayor número de riesgos y un menor número de factores de protección, en comparación con el grupo de no médicos. En el análisis de los factores de riesgo en que incurren los médicos, es necesario plantear que para algunos categorías (alimentación, esparcimiento, sueño/descanso, ejercicio, manejo del estrés) la dinámica laboral e institucional contribuye de manera fundamental a dificultar y entorpecer el autocuidado. Lo anterior es más evidente para los médicos que laboran en el segundo nivel en dónde se hace evidente la multicontratación institucional.

De cualquier manera, en los médicos/as en general del estudio se encontró que tienen más factores de riesgo que de protección, sólo que al interior del grupo la situación es más acentuada para quienes laboran en el segundo nivel. Por tal motivo se argumenta que los médicos/as se conducen por la vida como si fuesen invulnerables. Ponce de León señala que los médicos albergan la sensación de que el conocimiento que poseen les permite realizar un autodiagnóstico, sin embargo “el problema surge cuando se piensa que el ser médico evita las enfermedades” (Ponce de León, O.1999:90). Este mismo autor analizando lo que ocurre cuando los médicos/as caen enfermos, menciona que se les dificulta no sólo asumir el papel de pacientes, sino que este tipo de profesional no ha sido formado para ser atendido, “su trabajo es curar la enfermedad de otros seres humanos” (Ponce de León, O.1999:201), es decir, el papel del médico es cuidar de otros, no de sí mismos.

Finalmente y a manera de síntesis de este capítulo se presentan las siguientes consideraciones:

- Existen diferencias en el autocuidado entre el grupo de médico y no médicos, mismas que pueden ser interpretadas con el conjunto de varios elementos: 1) Al poseer conocimientos técnicos en el proceso salud-enfermedad, los médicos se consideran que se encuentran ubicados en una posición distinta y superior al resto de la población, posición desde la cuál ellos deciden que pautas de autocuidado les conviene incorporar a sí mismos, en que tiempo y bajo que circunstancias. Este hecho quedo claro con el uso o no del condón y del cinturón de seguridad al manejar un vehículo. 2) Estas diferencias de autocuidado pone en desventaja a los médicos porque no sólo el conocimiento técnico que poseen es utilizado a la inversa para el cuidado de sí mismos, sino que además los ritmos laborales de los médicos en comparación con los no médicos los somete a rutinas cotidianas que entorpecen la manera de interrelacionarse con sus semejantes y con el mundo. Las diferencias que hubo entre ambos grupos se ubican en los siguientes aspectos: ejercicio físico, actividades de esparcimiento, alimentación, sueño/descanso, revisiones médicas y respeto con las medidas de vialidad.
- También se encontraron diferencias por género (consumo de bebidas alcohólicas, manifestaciones del estado de ánimo, sexualidad y apoyo en el cuidado de otros) que pueden ser explicadas por varias líneas: 1) Las mujeres independientemente de la profesión son quienes asumen el cuidado de los otros y a su vez ellas no son apoyadas para el cuidado de si mismas, más aún lo consideran normal y natural. 2) Las mujeres, por la socialización de género tienen pautas de autocuidado que las protegen: la vivencia de la sexualidad, el

mínimo consumo de bebidas alcohólicas, la expresión de sus sentimientos y estados de ánimo.

- A pesar de que las mujeres son quienes cargan con el cuidado de los otros en el ámbito doméstico, la vida en familia, con la estructuración de rutinas cotidianas; apareció en este estudio como un elemento que contribuye al autocuidado de las mujeres que tienen o tuvieron pareja e hijos. Así, fue notorio que aquellos entrevistados/as que nunca han tenido ésta vivencia, tuvieron mayores dificultades para incorporar pautas de cuidado cotidiano.
- Los significados que cada uno de los entrevistados le atribuye al autocuidado están matizadas por su historia personal y las circunstancias sociales y culturales que les rodean. Así los significados que los entrevistados le atribuyeron a las distintas acciones que realizan para cuidarse estuvieron vinculadas a distintas razones dependiendo de su propia historia: Algunos situaron su principal motivo para cuidarse en que tienen hijos y se sienten con la responsabilidad de sacarlos adelante, otros/as porque viven solos/as y desean tener un buen estado de salud al llegar a otras etapas de la vida. Y los significados para no cuidarse son muy intelectualizados, argumentan distintas razones cimentadas en el conocimiento que tienen del proceso salud-enfermedad o bien reconocen que tienen dificultad para evitar algún comportamiento que entrañe un daño, por ejemplo el tabaquismo o el sedentarismo.
- Las pautas de autocuidado pueden cambiar en la adultez sólo a partir de experiencias como la enfermedad u otras especialmente significativas para la persona. Tanto en los testimonios de las entrevistas como lo que reporta la bibliografía se menciona que a partir de padecimientos personales o experiencias de muertes de familiares o amigos se realizan cambios, muchas veces radicales,

de las pautas de cuidado diario como alimentación, respeto de las normas de vialidad, entre otras.

CAPITULO VII

REFLEXIONES FINALES

Los objetivos de este estudio estuvieron encaminados al análisis del autocuidado de los médicos, partiendo del supuesto de que estos profesionistas no se cuidan más que profesionistas universitarios de áreas ajenas a la salud. Se trató de interpretar cual es el significado que le atribuyen a las distintas acciones que realizan para potenciar o menoscabar su salud.

Se inició planteando que el MMH en el que han sido formados los médicos les dificulta la incorporación de la prevención y de pautas de autocuidado consigo mismos y por consecuencia limita también las acciones que pueden realizar con la población.

En el avance de la investigación me fui dando cuenta que existe poco avance teórico acerca del autocuidado y que este tema vinculado al personal de salud ha sido escasamente abordado por la antropología médica.

Los objetivos y las hipótesis planteadas se alcanzaron a excepción de aquellos relacionados con analizar la diferencia del autocuidado entre médicos de distintas especialidades. Lo anterior no fue posible debido a que el número de médicos de distintas especialidades fue escaso e incluso algunos estuvieron ausentes, como fue el caso de los psiquiatras. Lo único que se pudo poner en evidencia fue que existe diferencia en el autocuidado de médicos que laboran en el primer nivel de atención o salud pública y quienes lo hacen en el segundo nivel; siendo estos últimos quienes tienen mayores dificultades para realizar pautas de autocuidado.

Este estudio contribuye con las siguientes aportaciones teórico-metodológicas: en primer lugar, se realizó un análisis cuantitativo de las prácticas de autocuidado que se

efectúan un grupo de profesionistas médicos y no médicos, en quienes no se ha realizado una caracterización de este tipo. Este análisis mostró que los médicos/cas no tienen un mayor autocuidado en comparación con profesionistas de otras disciplinas, aún más a partir de las entrevistas, se manifestó que quienes laboran en el área clínica de los hospitales tienen severas limitaciones y dificultades para realizar prácticas saludables. Las actividades de esparcimiento y el descanso fueron variables que resultaron diferentes entre médicos y no médicos. Ambos aspectos están relacionados de manera directa con la disposición del tiempo libre y los médicos tienen severas limitaciones debido a su actividad laboral y a la multicontratación institucional que llevan a cabo.

Los médicos no privilegian ninguna área de autocuidado de tal manera que la hipótesis (número cuatro) referente a que los médicos cuidan más el área física, planteada para esta investigación se desecha.

Se encontró que el autocuidado es diferente por género. Los hombres indistintamente de su profesión incurren en prácticas de mayor riesgo como el consumo de bebidas alcohólicas, no uso de condón o de sexo seguro; por otro lado, las mujeres reportaron insatisfacción sexual, aspecto que influyen de manera importante en la salud emocional.

En segundo lugar esta investigación aporta una aproximación cualitativa de lo que significa para este grupo de profesionistas el autocuidado. Se analizó las distintas acciones que están relacionadas con potenciar la salud y que se encuentran incorporadas en la vida cotidiana, algunas de las cuales se realizan en forma habitual sin mayor reflexión; otras por el contrario, son meditadas y efectuadas con un propósito específico. El autocuidado no se presenta en forma semejante de ahí que cobrase

importancia indagar las diferencias de lo que significa realizar o no efectuar determinada práctica.

Las condiciones de vida, el grupo social y la familia de origen, así como la experiencia de vivir en pareja y/o tener hijos juegan un papel determinante en el autocuidado de los dos grupos analizados en este estudio. Se encontró que más allá del conocimiento que se posea para potenciar la salud y prevenir daños, lo fundamental gira alrededor de los hábitos y comportamientos aprendidos en el seno de la familia y el grupo social.

En el análisis cualitativo, la profesión jugó un papel central. De cierta manera se constató lo señalado por Geertz y Bordieu, acerca del *habitus* de la profesión y de que la forma en que se vive refleja en cierto sentido la disciplina en la que se ha formado.

En tercer lugar este estudio profundiza en la construcción teórica del autocuidado. El planteamiento central es que el autocuidado se encuentra atravesado por las condiciones de vida y dentro de ellas específicamente la ocupación, así como por la familia, la cultura de la que se forme parte y con diferencias particulares por género.

7.1 Médicos/as y el autocuidado: “en casa del herrero azadón de palo”

El hecho de que el grupo de médicos/as posean conocimiento sobre el cuidado de la salud no va de la mano con que realicen acciones para cuidar y potenciar su propia salud

Los significados y motivaciones de los médicos para cuidarse o no, están arraigados dentro las circunstancias sociales, vivencias durante las etapas de la infancia, adolescencia y juventud así como experiencias precisas de enfermedad en la vida adulta. La propia profesión médica contribuye a que los significados del autocuidado de los médicos, se enmarque dentro de justificaciones y motivos para dejar de hacer

determinada acción. De tal manera que se encuentra una paradoja: el conocimiento técnico podría ser utilizado para potenciar la salud, sin embargo es utilizado para racionalizar y determinar cuándo y en qué momento es conveniente o no, realizar determinada acción, aún en contra de la propia salud.

Al analizar los significados del autocuidado de los médicos/cas, lo que se encuentra, como se señaló en capítulos previos es que éstos obedecen al *habitus*, el tipo de formación profesional recibida fundamentada a partir del MMH contribuye también a que los médicos/as adquieran un *habitus* propio de la profesión, en el cual se reflejan las limitaciones y dificultades que se tienen para integrar pautas de prevención y autocuidado. Así, las prácticas y acciones que se efectúan en la vida cotidiana y que pueden o no ser pautas que contribuyan al autocuidado tienen una relación directa con los significados y la visión que las personas tienen de su cuerpo en relación con el mundo.

Aunado al *habitus* se encuentran también un endurecimiento de las políticas laborales de un sistema económico que desdeña las necesidades humanas y en ese sentido se advierte que el Estado Mexicano a través de las instituciones de salud no le da su justo valor a la profesión médica (ni a ninguna otra), enviando un mensaje implícito de indiferencia por la salud de los propios trabajadores. Así en el ámbito ocupacional confluyen los siguientes aspectos: la formación recibida que va construyendo el *habitus profesional*, con las políticas laborales que propician la multicontratación, la pérdida de salario y la estructura organizativa de las instituciones con un ambiente de hostilidad y competencia; en conjunto estos elementos contribuyen en la comprensión del autocuidado de los médicos y permiten entender el por qué se dificulta recurrir a los conocimientos que se poseen para el cuidado de sí mismo.

Los argumentos enunciados en el párrafo anterior pueden ayudar a entender el proceder del médico y la vulnerabilidad. En el capítulo sexto se mencionó en diversas ocasiones que los médicos dejan de realizar determinadas prácticas (v.g. revisiones médicas, uso de cinturón de seguridad en el automóvil y de condón) porque parten del supuesto de que el conocimiento que tienen les dota de capacidad para saber en qué condiciones y circunstancias es conveniente realizar o no determinada acción. Con este proceder, los médicos/as actúan como si fuesen invulnerables, contrario al concepto de vulnerabilidad expresado por Laín Entralgo. Es decir, como si los médicos inconscientemente asumieran como propio el menosprecio que las instituciones de salud tienen por ellos.

7.2 Del decir al hacer y las “modificaciones del estilo de vida”

El discurso médico dirigido a la población se fundamenta en señalarle a ésta, las distintas pautas que tiene que realizar para potenciar su salud y prevenir enfermedades. Aún más, en el ámbito de la salud pública se plantea que con acciones de promoción y educación para la salud se pueden modificar los estilos de vida de las personas.

En capítulos anteriores se hizo el planteamiento de que el concepto de estilo de vida ha sido objeto de un reduccionismo en los espacios de la salud y en el análisis del autocuidado con los médicos se encuentra que existe una gran brecha entre el discurso médico que pretende realizar modificaciones de estilos de vida y lo que los propios médicos realizan consigo mismos.

El estilo de vida es el aspecto que pone en evidencia las acciones que se realizan en la vida cotidiana. Dichas prácticas son reflejo de las condiciones de vida y del grupo social al que se pertenece. En el caso de los médicos es preciso señalar que incluso su propia profesión contribuye de manera importante al estilo de vida que se tiene. De

alguna manera el autocuidado permite focalizar de qué manera esas prácticas se dificultan o facilitan.

Los médicos y el personal de salud en general, al igual que la población con quienes ellos realizan las distintas actividades de salud, se ven inmersos en la dificultad que conlleva realizar acciones de autocuidado. De igual manera la pretensión de modificar estilos de vida se torna imposible mientras no se realicen cambios en las condiciones de vida y en las circunstancias sociales en general. Incluso para el caso concreto de los médicos habría que plantear varios aspectos que merecerían ser motivo de reflexión y modificación: el tipo de formación que reciben basado sobre todo en un modelo centrado en la curación, la estructura organizativa de las instituciones de salud y las condiciones salariales y laborales.

En cierto sentido, los médicos/as son alcanzados por su propio discurso reduccionista: en el momento en que los estilos de vida se reducen a riesgos individuales, olvidándose de las condiciones estructurales que lo provocan, esta misma visión arrastra a los médicos ya que la incorporación de prácticas se reduce a las acciones individuales que cada uno de ellos puede hacer consigo mismo.

7.3 Las mujeres profesionistas y el papel social de cuidadoras de los otros.

Se encontraron diferencias en el autocuidado entre hombres y mujeres, en los primeros manifestado por comportamientos que implican un mayor riesgo. En el caso de las mujeres se encontraron datos relacionados con insatisfacciones (sexual y laboral), lo cual es explicable en mujeres profesionistas pertenecientes a este grupo de edad.

Quedo manifiesto que las mujeres profesionistas de este estudio continúan ejerciendo su papel social de cuidadoras de los otros, aún en el caso de mujeres sin pareja ni hijos. Sin embargo, el hecho de que los varones tengan facilidades y las

circunstancias de su entorno sean favorables para que realicen acciones de autocuidado, éste se ve opacado porque a su vez ellos efectúan prácticas que lo entorpecen.

Aunque el papel de la mujer de cuidadora de los otros significa mayor carga para su quehacer cotidiano, para el caso de aquellas que han tenido o tienen la experiencia de vivir en pareja e hijos; este hecho ha significado la estructuración de tiempos y rutinas concretas, relacionados con pautas específicas de la vida diaria como la alimentación y el descanso lo cual repercute directamente en el autocuidado de la propia mujer. Lo anterior se encuentra aunado además, a que las mujeres por la socialización de género asumen menos prácticas riesgosas. Para el caso de los varones la vivencia de la vida en familia también contribuye a una mejor estructuración de su autocuidado.

7.4 El autocuidado y las prácticas de cada día

Analizando la red del autocuidado, las condiciones de vida o existencia situadas en la macroestructura y entendidas como satisfactores (tales como: educación, recreación, vestuario, alimentación, vivienda y servicios básicos, acceso a servicios de salud) vinculados directamente con las necesidades humanas surgen como elementos determinantes del mismo y dentro de ellas la ocupación toma un papel relevante. La ocupación le impone a las personas exigencias específicas de tiempo y espacio, además es un factor fundamental en la edificación del prestigio social. Este hecho fue evidenciado en el análisis del autocuidado y los médicos de este estudio.

Además, el autocuidado se modula en el seno de la familia y la cultura del grupo social. Es dentro de este contexto que las prácticas de cuidado adquieren significado, se internalizan y se constituyen en pautas habituales. La familia, tanto la de origen como la de formación propia ejerce una influencia decisiva.

La socialización dentro del grupo social contribuye a que el autocuidado sea diferencial dependiendo del género al que se pertenezca y formando en conjunto con la familia las distintas pautas del cuidado diario.

Otro elemento que va conformando el autocuidado de las personas, son las vivencias y experiencias relacionadas con la enfermedad y la muerte. En la medida que se experimenta menoscabo y alteraciones en la salud, esto favorece a que se estructuren o se modifiquen pautas de cuidado.

Las prácticas del autocuidado se ubican en la microestructura de la vida cotidiana, justamente en las acciones no estructuradas con un fin determinado que se realizan cada día con la finalidad simplemente de potenciar la salud.

Así el autocuidado es una constelación que se concreta en la vida diaria a través de pautas específicas dirigidas al cuidado diario pero que en su concreción influyen las condiciones de existencia, la familia, la cultura así como las experiencias específicas sobre la enfermedad y la muerte que se hayan tenido.

7.5 Recomendaciones

Las recomendaciones se presentan para tres ámbitos: el primero de ellos dirigido a los propios médicos, al segundo relacionado con las instituciones responsables de la formación de los médicos/as y el tercero para aquellas que influyen en la formación de posgrado y que son las mismas en donde finalmente laboran este tipo de profesional.

a) Los médicos/as

Debido a que en nuestro país no existen estudios que aborden el autocuidado de los médicos una tarea será difundir los resultados de esta investigación con la finalidad de propiciar la reflexión y la búsqueda colectiva de alternativas para romper las barreras que dificultan que los médicos/as se prodiguen cuidado a sí mismos.

b) Facultades de Medicina.

El planteamiento de este trabajo ha sido que el MMH contribuye de manera decisiva en el autocuidado de los médicos, por tal motivo una de las recomendaciones sería que es necesario reflexionar alrededor del modelo bajo el que se forma al personal de salud y no sólo a los médicos. Este modelo tendría que tener características de una medicina humanística y no privilegiar únicamente los contenidos técnicos, asimismo debe tener un equilibrio en la enseñanza del diagnóstico, tratamiento-curación y prevención-promoción; teniendo cautela en no enfocarse exclusivamente en la curación. Esta recomendación puede resultar utópica, sobre todo, mientras continúe el sistema social de economía de mercado bajo el que nos encontramos que privilegia las ganancias más que el bienestar de los seres humanos. Sin embargo es preciso levantar la voz y mencionar que este modelo médico no sólo está entorpeciendo la salud de la población, sino que incluso la de los propios profesionales que se encuentran inmersos en el mismo.

c) Instituciones de salud.

En primer lugar las instituciones de salud son los sitios donde los médicos realizan las especialidades médicas y la manera en que se estructuran los ritmos de trabajo, con jornadas de más de ocho horas de estancia dentro de los hospitales y una sobrecarga de trabajo importante contribuye a lo que se menciono en los apartados previos de esta tesis, a provocar el síndrome de desgaste o *burnout*. Así la recomendación va en el sentido de que durante la formación de posgrado de los médicos, las instituciones deben considerar otro tipo de organización de los tiempos y rutinas del personal de salud, ya que en la medida que se tenga la actual estructura se perjudica no sólo la salud de los médicos, sino la productividad que ellos pueden desempeñar al atender a la población, ya que está comprobado que cuando el personal

cae en el síndrome de desgaste, la interrelación que establece con la población es desfavorable y contraproducente.

Estas mismas instituciones se convierten en los espacios donde laboran los médicos que han terminado su formación de licenciatura y posgrado. Para ellos los horarios de trabajo ya no son tan prolongados como en la época de la formación de la especialidad, sin embargo lo que se encontró en esta investigación fue lo que ya ha sido reportado por otros estudios: la multicontratación institucional debido a los bajos salarios, así los médicos continúan con largas jornadas de trabajo y en un ambiente con mucha hostilidad. En ese sentido las recomendaciones se centran en mejorar las percepciones salariales, aunque aún más importante parece ser que las autoridades de las instituciones deben enfocar su atención en buscar mecanismos que mejoren las relaciones interpersonales, disminuir la competencia desleal entre pares y promover espacios y áreas de reposo y convivencia social, así como impulsar el ejercicio físico. Todo ello en conjunto con la finalidad de crear un ambiente de trabajo más fraterno y disminuir las hostilidades. La creación de espacios saludables como los sitios de trabajo es actualmente una de las propuestas de la promoción de la salud, así que la invitación sería para que las instituciones de salud se convirtieran en espacios saludables con opciones favorables para potenciar y mejorar la salud de quienes ahí laboran.

7.6 Nuevas líneas de investigación.

Durante el transcurso de este estudio me surgieron nuevos cuestionamientos, uno de ellos está relacionado con el grupo de no médicos/cas, con quienes se comparó el autocuidado de los médicos/cas. La reflexión fue en el sentido de que los profesionistas universitarios de otras disciplinas que laboran en la misma institución que los médicos/cas, de alguna manera están “contaminados” con las cuestiones del discurso médico porque comparten el mismo espacio laboral que los trabajadores de la salud y aún más que algunas de sus pautas de autocuidado se han incorporado a partir de su inserción laboral. Por limitaciones de tiempo, no pude comparar al grupo de médicos/cas con profesionistas que laboraran en ámbitos ajenos a las instituciones de salud, de ahí que una nueva línea de investigación que profundizará en este campo podría ser comparar a los médicos/cas no sólo con profesionistas de otras disciplinas sino que laboren en otros espacios.

Otra línea de investigación que permitiría profundizar en el autocuidado de los trabajadores de la salud sería realizar este ejercicio con las enfermeras y con otros integrantes del equipo de salud.

Por limitaciones de tiempo, elegí un hospital regional que contaba con un escaso número de médicos/cas especialistas. Para profundizar en el autocuidado de los médicos/cas valdría la pena realizar un estudio en un hospital de concentración que cuente un buen número de médicos de las distintas especialidades médicas y no sólo las básicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

Alexander, J., The ideological construction of risk: an analysis of corporate health promotion programs in the 1980s, *Soc Sci Med*, vol.25(5), p 559-567, 1988.

Alvarez Souza, Antonio, El constructivismo estructuralista: La teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu, *REIS Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, No.75, 1996

ANUIES, *Planes de estudio de la carrera de medicina en México*, México, 1983.

Arcnas Monreal, L y Paulo Maya, A. Educación popular y nutrición infantil: una experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 33(2), p 113-121, 1999

Baldwin, M., M. Dodd, y JS. Rennie, Young doctors' health—I. How do working conditions affect attitudes, health and performance?, *Soc Sci Med*, vol. 45(1), p 35-40, 1997a.

Baldwin, M., M. Dodd, y JS. Rennie, Young doctors' health—II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med*, 45(1), 41-44, 1997b.

Bourdieu, P. *Cuestiones de sociología*, Madrid, España, Istmo, 2000

Bronfman, Mario, Roberto Castro, E. Zúñiga, C. Miranda y Jorge Oviedo, "Hacemos lo que podemos": Los prestadores de servicios de salud frente al problema de la utilización, *Salud Publica Mex.* vol. 39, p 546-553, 1997.

Bronfman, Mario, *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*, Cuernavaca, CRIM/UNAM, 2000

Buck, Carol: Después de Lalonde: la creación de la salud. En: OPS eds. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC., OPS, 1996

Caplan, RP. Stress, anxiety and depression in hospital consultant, general practitioners and senior health service managers, *British Medical Journal*, vol. 309(6964), p.1261-3, 1994

Cardaci, Dora: Promoción de la salud ¿Cambio cultural o nueva retórica?. En: Mario Bronfman y Roberto Castro comps, *Salud, cambio social y política: Perspectiva desde América Latina*. México, Ed. Edamex, 1997

Celentano, David D: Perspectivas epidemiológicas de la modificación del estilo de vida y la promoción de la salud en la investigación de cáncer. En: OPS eds. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC., OPS, 1996

Chambers, R y J. Belcher, Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers, *Br J Gen Pract*, vol. 43(374), p.378-82, 1993

Coreil, J., JS. Levin y EG Jaco, Life Style –an emergent concept in the sociomedical sciences. *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 9, p. 423-437, 1985

Dean, Kathryn, Lay care in illness, *Soc Sci Med*, vol. 22(2), p. 275-284, 1986

Douglas, Mary, Risk as a forensic resource. En: EJ Burger Jr. ed. *Risk*. Ann Arbor, The University of Michigan Press, 1993

Fernández Pérez, Jorge A.

<http://www.cesu.unam.mx/iresic/revistas/perfiles/perfiles/73-html/73-07.htm>

Flexner, Abraham, *Medical education in the United States and Canada*. New York. The Carnegie Foundation, 1910

Foucault, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. 18ª. edición, México, Siglo veintiuno editores, 1999

Frank, E., L. Boswell y col., Characteristics of female psychiatrists, *Am J. Psychiatry*, vol. 159(1), p.151-2, 2002

Geertz, Clifford. *La interpretación de las culturas*. Barcelona, España, Gedisa, 2001

Geertz, Clifford. *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona, España, Paidós, 1994

Gómez García R. y A. Grimaldi Carpio, Tabaquismo en el personal de salud: estudio en una unidad hospitalaria, *Salud Publica Mex*, vol. 40, p.53-57, 1998

Good Byron J. *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. United Kingdom, Cambridge University Press, 1997

Gordis, Leon. *Epidemiology*. Philadelphia, WB. Saunders Company, 1996

Grossman DW, KnoxJJ., Nash C., Jiménez JG. Smoking: attitudes of Costa Rican physicians and opportunities for intervention. *Bulletin of the World Health Organization* 1999;77(4)315-322

Hahn Robert A. *Sickness and healing. An anthropological perspective*. Yale university press, 1995

Hensrud Donald D., Sprafka M., The smoking habits of Minnesota physicians. *American Journal of Public Health* 1993;march 83(3):415-417

Haro Encinas JA. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud En: Perdiguero E. Comelles JM. (eds.) *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Ediciones Bellaterra, 2000

Heim E. Job Stressors and coping in health professions. *Psychother Psychosom.* 1991;55(2-4):90-99

Heim E. Stressors in health occupations. Do females have a greater risk?. *Psychosom Med Psychoanal.* 1992;38(3):207-26

Hernán San Martín F., Martín Herrera AC, Carrasco de la Peña JL. *Epidemiología: teoría, investigación y práctica.* Madrid, 1986

Hernández Tezoquipa I., Arenas Monreal L, Valdez Santiago R., El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Publica* 2001;35(5)

Hernández Tezoquipa, Isabel, Luz Arenas Monreal, Rosario Valdez Santiago, *Sentirse mal "así les toco vivir": Las mujeres y los servicios de salud.* (En prensa)

Hernández Tezoquipa, Isabel, Luz Arenas Monreal. *El enfermar y el morir de las mujeres adultas en México.* (En prensa)

Kickbusch, Illona: El autocuidado en la promoción de la salud. En: OPS. *Promoción de la salud: una antología.* Washington, DC., OPS, 1996

Kronenfeld, JJ. Self care as a panacea for the ills of the health care system: an assessment, *Soc Sci & Med*, vol. 13A, p.263-267, 1979

Labonte, Ronald.: Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. En: OPS. *Promoción de la salud: una antología.* Washington, DC., OPS, 1996

Lalonde, Marc: El concepto de "campo de la salud": Una perspectiva canadiense. En: OPS. *Promoción de la salud: una antología.* Washington, DC. OPS, 1996

Lain Entralgo, Pedro: *Antropología médica para clínicos.* Barcelona, Salvat Editores SA, 1984

Lain Entralgo, Pedro: *Mis páginas preferidas.* Madrid, Editorial Gredos, 1958

López Acuña, Daniel: *La salud desigual en México.* México, Siglo Veintiuno Editores, 1980

Luhmann, N.: El concepto de riesgo. En: Luhmann N. *Sociología del riesgo,* México, Universidad Iberoamericana, Universidad de Guadalajara, 1992

Mccue, J. The effects of stress on physicians on their medical practice. *The New England Journal of Medicine*, vol.306 (8), p. 458-463, 1982

Menéndez, Eduardo: *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* México, CIESAS/Cuadernos de la Casa Chata. No. 86, p.1-21, 73-98, 1983

Menéndez, Eduardo: *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México, CIESAS/Cuadernos de la casa chata No. 179, p.165-203, 1990a

Menéndez, Eduardo: *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial Mexicana/CONACULTA, 1990b

Menéndez, Eduardo: Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos Roberto comp, *La antropología médica en México*, México, Instituto Mora., 1992a

Menéndez, Eduardo, Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo, *Cuadernos Médico Sociales*, vol.59, p.3-18, 1992b

Menéndez, Eduardo, Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, XVI, 46 p.37-67, 1998

Menéndez, Eduardo: Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En: E. Perdiguero y JM Comelles eds, *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, 2000

Míngote Adán, Juan Carlos y F. Pérez Corra: *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. España, Ediciones Díaz de Santos SA, 1999

Modena, María Eugenia: *Madres, médicos y curanderos: Diferencia cultural e identidad ideológica*. México, CIESAS/Ediciones de la Casa Chata, p134-7,1990

Nutbeam, D. Glosario de promoción de la salud. En: OPS. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, DC., OPS, 1996

O'Brien, Martin. Health and lifestyle: a critical mess? Notes on the dedifferentiation of health. En: R. Bunton, S. Nettleton y R. Burrows eds, *The sociology of health promotion*. London, Routledge, 1995

O'Connor, M y C Kelleher, Do Doctors benefit from their profesión?—A survey of medical practitioners' health promotion and health safety practices, *Ir Med J*, vol. 91(6), p.206-9, 1998

OMS, *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa Canadá. 1986

OMS, *The Yakarta declaration*. Yakarta. 1997

OMS. *Quinta Conferencia Mundial de promoción de la salud*. México. 2000

Ortiz Quesada, Federico: *El trabajo del médico*. México, JGH Editores, 1997

Ponce de León, Omar: *El médico enfermo*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1997

Rennert M., L. Hagoel, L. Epstein y Shifroni G, The care of family physicians and their families : a study of health and help-seeking behavior, *Fam Pract*, vol.7(2), p. 96-9, 1990

Rimpela AH, MM Nurminen, PO Pulkkinen, MK Rimpela y T. Valkonen, Mortality of doctors: Do doctors benefit from their medical knowledge?, *Lancet*, vol. 1(8524), p. 84-6, 1987

Sansores RH, Jaime Villalba Caloca y Loredmy Herrera Kiengelher y col., Prevalence of cigarette smoking among employees of the Mexican National Institutes of Health, *Salud Pública Méx*, vol. 41, p.381-388, 1999

Sanz Cuesta MT, MR Olalla García, C. Monge Jodra y col., Hábitos tabáquicos: Estudio en personal hospitalario, *Revista Clínica Española*, vol. 185(8), p.391-395, 1989

Sayavedra Gloria, Eugenia Flores: *Ser mujer ¿un riesgo para la salud?*, México, Red de Mujeres, 1997

Sigerist Henry: *Historia y sociología de la medicina*, Selecciones. Bogotá. Editado y traducido por el Dr. Gustavo Molina G, 1974

Shye Diana, R. Javetz y J. Shuval, Lay self-care in health: the views and perspectives of Israeli laypeople, *Soc Sci Med*, vol. 33(3), p.297-308, 1991

SSA-INEGI Dirección General de Estadística de la Secretaría de Salud. 1996.

Tapia Conyer Roberto, P. Cravioto, B. De la Rosa y col., Cigarette smoking; knowledge and attitudes among Mexican physicians, *Salud Publica Mex*, vol. 39, p.507-512, 1997

Tapia Juayek R., WMA De la Garza, AM Carrillo Fraga, Aspectos preventivos y sociales en la carrera de medicina, México, *Educ Med Salud*, vol. 20, p.203-213, 1986

Terris Milton: Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública. En: OPS., *Promoción de la salud: una antología*, Washington, DC., OPS, 1996

Toyry S., K Rasanen, S. Kujala y col., Self-reported Health, illness, and self-care among Finnish physicians: a national survey, *Arch Fam Med*, vol. 9(10), p.1079-85, 2000

Tyssen R., Health problems and use of health services among physicians, *Tidsskr Nor Laegeforen*, vol.121(30), p.3527-32, 2001

Vargas Luis Alberto. Introducción. Conceptos definiciones y postulados. Capitulo para el Manual de Antropología Física. (En preparación)

Vargas, Luis Alberto y Leticia E Casillas, Cómo aproximarse al peso corporal recomendable para su paciente, *Gaceta Médica de México*, vol. 134, p 625-627, 1998.

Vega Franco Leopoldo: *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. México, Manual moderno, 2000

ANEXO 1

GLOSARIO DE TERMINOS.

Autoayuda.

Todas aquellas medidas realizadas por las personas sin la intervención de profesionales, con la finalidad de promover, mantener o restaurar la salud o en un nivel más alto, el bienestar global de una comunidad determinada (Nutbeam 1996:388).

Condiciones de vida.

Las condiciones de vida se refieren a los componentes del nivel de vida de las personas y están integrados por: salud, educación, recreación, vestuario, alimentación, vivienda (servicios básicos: agua, drenaje, energía eléctrica), trabajo, seguridad social y libertades humanas (Ferrara y cols. 1972:69).

Cultura

La cultura es una trama de significados, se construye en el seno de los grupos sociales y por lo tanto es pública y activa (Geertz 2001:24)

Educación para la salud.

La educación para la salud es una herramienta de la promoción de la salud. El enfoque actual de la educación para la salud no se limita al cambio de conducta sino que incluye el objetivo de elevar los niveles de conciencia de las personas acerca del papel que juegan los factores socioeconómicos y políticos en el proceso salud-enfermedad. La educación para la salud pretende convertirse así en un instrumento para la organización de las poblaciones y para la transformación del entorno (Arenas y cols. 1999; Nutbeam 1996:385)

Ejercicio físico.

Es la actividad física organizada, que se lleva a cabo con un fin determinado, el cual puede ser mantenerse saludable (Vargas Casilla LA).

Entorno.

En promoción de la salud se refiere a todos aquellos aspectos identificables del entorno físico, social y económico que pueden influenciar el estado de salud de las personas o poblaciones (Nutbeam 1996:394)

Epidemiología.

El diccionario define a la epidemiología como el tratado de las epidemias. Esto define el enfoque que ha tenido esta área de la medicina, la cual se ha enfocado al estudio de la distribución de las enfermedades, del comportamiento u otros indicadores de la salud en las poblaciones humanas. Se ocupa también de los factores que se encuentran asociados con la distribución de la enfermedad, todo ello con la finalidad de emitir medidas de control para los problemas de salud (Diccionario terminológico de ciencias médicas 1980:343, Nutbeam 1996:394).

Estilo de vida.

El estilo de vida se constituye a partir de la clase social a la que se pertenezca, la cual determina las condiciones de existencia, la ocupación y el ingreso. Este concepto se relaciona

además con el prestigio y el honor social dentro de un grupo, lo cual contribuye a conformar el status social (Menéndez 1998:48, Coreil 1985:424-27). El estilo de vida esta compuesto por reacciones habituales y por comportamientos que las personas han desarrollado en el seno de la cultura durante los procesos de socialización.(Nutbeam. 1996:387)

Factor de riesgo.

Cualquier característica o atributo de una persona o circunstancia del ambiente físico o entorno sociocultural, que aumente la probabilidad de que la exposición se traduzca en un daño a su salud, sea enfermedad, incapacidad o muerte. Los factores de riesgo pueden ser biológicos, ambientales, de conducta, económicos y socioculturales (Vega Franco L. 2000:66)

Grupo de riesgo.

En epidemiología y salud pública se le llama así al grupo de personas que en virtud de su condición biológica, social, económica, ambiental o algún rasgo de conducta; los hace más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de un estado de salud deficiente con respecto al resto de la población (Nutbeam 1996:396)

Habitus

El concepto de *habitus* definido por Bordieu se refiere al sistema de disposiciones adquiridas por aprendizaje y producto de la experiencia biográfica. El *habitus* se constituye en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas y gustos (Bordieu 2000:75, Alvarez Sousa. 1996:152)

Papanicolaou.

El Papanicolaou o citología cervico-vaginal es el examen diagnóstico que consiste en analizar histológicamente las células exfoliadas del cervix uterino, recolectadas en el fondo de la vagina (Diccionario terminológico de ciencias médicas 1980:202).

Prevención.

La prevención en medicina se enfoca a evitar que la enfermedad aparezca o que el daño avance. Se utiliza por lo general para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o para fortalecer aspectos personales que contribuyan a disminuir la susceptibilidad a la enfermedad. La prevención de la enfermedad puede incluir también actividades dirigidas a reducir las consecuencias de la enfermedad, una vez establecida ésta (Nutbeam 1996:386)

Resiliencia.

Dentro del campo de las ciencias sociales el término de resiliencia esta ligado a la capacidad humana para sobreponerse a las adversidades. Salir adelante a partir de las fortalezas que las personas ponen en juego en la vida diaria para enfrentar las diversas adversidades (Kotliarenco y cols 2002).

Riesgo.

En el lenguaje epidemiológico, el término riesgo indica probabilidad de que un hecho ocurra (Vega Franco, L.2000:64)

Promoción de la salud.

La promoción de la salud ha sido definida como el proceso a través del cual las personas y las comunidades pueden ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud. La promoción de la salud no se ocupa sólo de promover el desarrollo de habilidades en las personas y las capacidades para influir sobre los factores que determinan la salud, sino que también incluye la intervención que el Estado tiene para asegurar que las condiciones de existencia sean adecuadas. Así se dice que la promoción de la salud tiene un componente de responsabilidad social e individual. Se han marcado cinco líneas de acción a partir de las cuales se plantea concretar la estrategia de promoción de la salud: 1) elaboración de políticas públicas sanas, 2) creación de ambientes favorables, 3) reforzamiento de la acción comunitaria 4) desarrollo de aptitudes personales 5) reorientación de los servicios sanitarios (OMS. 1986:367, Nutbeam 1996:384)

Variable.

En estadística la variable se define como el valor numérico sobre el que puede establecerse una curva de variabilidad (Diccionario terminológico de ciencias médicas. 1980:1037)

Variables confusoras.

Las variables confusoras son explicadas en epidemiología de la siguiente manera: si en una investigación el factor A es causa de la enfermedad B, se dice que un tercer factor, factor X es confusor si:

1. El factor X es un factor de riesgo conocido para la enfermedad B (por ejemplo el asbesto para el cáncer de pulmón)
2. El factor X esta asociado con el factor A pero no es un resultado del factor A (por ejemplo el cigarrillo sería el factor A y asociado con el asbesto -factor X- y el cáncer de pulmón).

Así en la investigación habrá que controlar la variable confusora que en este caso será el factor X -asbesto- para encontrar si el cigarrillo causa cáncer de pulmón (Gordis 1996:185).

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN PROFESIONISTAS SANITARIOS Y PROFESIONISTAS UNIVERSITARIOS*

NÚMERO DE CUESTIONARIO. _____

Soy Luz Arenas Monreal, profesora-investigadora del Instituto Nacional de Salud Pública, estoy realizando una encuesta sobre el tema de Autocuidado en los profesionistas que trabajan en el campo sanitario y profesionistas universitarios, la cual será la base para realizar una investigación sobre el mismo tema.

Su contribución será muy valiosa, quiero expresarle mi agradecimiento anticipadamente por su inestimable colaboración.

El secreto está amparado por las leyes y los cuestionarios individuales serán destruidos enseguida garantizándole así un completo anonimato.

Le pido que conteste el cuestionario circulando directamente cada ítem, solicitándole que no utilice la columna del lado derecho que tiene fines de captura.

*Cuestionario modificado del elaborado por Isabel Hernández Tezoquipa y Gloria Nobel

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

1.- ¿Cuál es su edad?	_____ años	
2.- Sexo	Hombre.....1 Mujer.....2 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
3.- Estado civil	Soltero.....1 Casado/a.....2 Separado/a.....3 Divorciado/a.....4 Viudo/a.....5 Unión libre.....6 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
4. Profesión	Médico/a.....1 Otra, ¿cuál?.....2 _____ Especificar No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
5. Lugar de trabajo	Centro u hospital de Salud SSA.....1 Institutos Nacionales.....2 Clínica Hospital IMSS.....3 Universidad.....4 Otro ¿cuál?.....5 _____ Especificar No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
6. Especialidad médica	Pediatría.....01 Cirugía.....02 Gineco-obstetricia.....03 Medicina Interna.....04 Medicina Familiar o General.....05 Salud Pública06 Otra, ¿cuál?.....07 _____ Especifique No sabe/No contesta.....99	<input type="checkbox"/>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SALUD FÍSICA

A CONTINUACION NOS GUSTARÍA HACERLE UNAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO QUE USTED REALIZA PARA MEJORAR LA SALUD FÍSICA DE SU CUERPO:

<p>7.- En la actualidad ¿Usted fuma?</p>	<p>Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9</p>	<p><input type="checkbox"/> PASE A LA PREGUNTA 9</p>
<p>8.- ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?</p>	<p>De forma esporádica.....1 Diez o menos al día.....2 Más de diez y menos de veinte.....3 Una cajetilla al día.....4 Más de una cajetilla diaria.....5 No sabe/No contesta.....9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>9.- ¿Mantiene Ud. su peso dentro de los límites estandarizados de acuerdo con su talla? (por favor, consulte la tabla que esta al final del cuestionario) ANOTE : _____ PESO _____ TALLA _____</p>	<p>Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>10.- ¿Cuida Ud. la cantidad y calidad de alimentos que ingiere en base a criterios de salud?</p>	<p>Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>11.- Cuida Ud. que el ritmo de las evacuaciones sea el correcto? (Se considera correcto por lo menos una vez al día):</p>	<p>Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>12.- ¿Procura Ud. Mantener y mejorar sus posturas en su vida cotidiana? (Al sentarse, al dormir, al caminar, etc.)</p>	<p>Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>13.- ¿Realiza Ud. Ejercicios activos y/o</p>	<p>Si.....1 No.....2</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pasivos para mantener la tonicidad muscular? (gimnasia, yoga, máquinas de gimnasia pasiva, masajes, etc.)	No sabe/No contesta.....9	
14. En general ¿duerme ud. Lo suficiente como para levantarse con la energía necesaria, para realizar sus actividades cotidianas?	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
15. ¿Durante el día, habitualmente, se asegura Ud. un espacio y tiempo para descansar o para dedicarlo a Ud. mismo/a? (leer, escribir, meditar etc.)	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
16. Habitualmente, a lo largo de la semana, Ud. Planifica y lleva a cabo alguna actividad dirigida básicamente a ofrecerse un tiempo para Ud. mismo/a? (cine, lectura, paseos, masaje, relaciones con amigos/as, etc.)?	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
17. ¿Diría Ud. que con respecto a su vida sexual se siente?	Muy satisfecho/a.....1 Satisfecho/a.....2 Insatisfecho/a.....3 Muy insatisfecho/a.....4 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
18. Habitualmente, ¿Conduce Ud. algún vehículo? (coche, moto o similar)	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
19. ¿Habitualmente, observa ud. Las normas de circulación y seguridad vial? (cinturón de seguridad, velocidad permitida, señales de transito, semáforos, etc.)	Siempre1 Casi siempre2 Algunas veces3 Nunca4 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
20. ¿Cómo peatón, observa habitualmente las normas de seguridad vial? (semáforos, uso de banquetas, cruce de calles	Siempre.....1 Casi siempre.....2 Algunas veces.....3 Nunca.....4 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>

PASE A LA PREGUNTA 20

REGIS CON
DE ORIGEN

en las esquinas etc.)		
21. ¿Consume bebidas alcohólicas?	Si.....1 No.....2 <input type="checkbox"/> PASE A LA PREG. 23 No sabe/no contesta..... 9 <input type="checkbox"/>	
22. En los últimos doce meses ¿Con que frecuencia se embriagó, es decir, que por tomar se haya sentido mareado o haya tenido dificultades para hablar o caminar?	Todos los días.....1 3-4 veces a la semana.....2 1-2 veces a la semana.....3 2-3 veces al mes.....4 Más o menos una vez al mes.....5 6-11 veces al año.....6 1-5 veces al año.....7 Nunca en los últimos 12 meses.....8 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
23. Habitualmente ¿Por qué motivo realiza ud. visitas al dentista/estomatólogo	Por control y prevención.....1 Por algún malestar o dolor.....2 Por ambos motivos.....3 No realiza controles.....4 Otros.....5 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día realiza ud. la higiene bucal (cepillado de dientes)?	Después de cada comida.....1 Al levantarse y al acostarse.....2 Una vez al día3 Esporádicamente.....4 No realiza higiene bucal.....5 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
25. ¿Utiliza condones o preservativos, en caso de relaciones sexuales con parejas casuales?	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
LAS SIGUIENTES PREGUNTA 26 Y 27 VAN DIRIGIDAS EXCLUSIVAMENTE A LAS MUJERES:		
26. ¿En los últimos tres años ¿se ha realizado el papanicolau (prueba de detección de cáncer de utero o matriz)?	Si.....1 No.....2 No sabe no contesta.....9	<input type="checkbox"/>

27. ¿Realiza Ud. periódicamente una autoexploración de mamas?	Una vez al mes.....1 Esporádicamente.....2 Nunca.....3 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
LA PREGUNTA 28 VA DIRIGIDA EXCLUSIVAMENTE PARA LOS HOMBRES		
28. ¿Asiste por lo menos una vez al año con el urólogo para la detección de cáncer prostático?	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>
SALUD EMOCIONAL		
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTAN RELACIONADAS CON EL CUIDADO QUE USTED REALIZA EN LO REFERENTE A LOS ASPECTOS EMOCIONALES.		
29. Habitualmente, su estado de ánimo es:	Muy bueno.....1 Bueno.....2 Regular.....3 Malo.....4 Muy malo.....5 No sabe / No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
30. Generalmente, cuando usted experimenta emociones como ira, tristeza, alegría, temor, repulsa, sorpresa, etc., puede expresarlo:	Con facilidad.....1 Con alguna dificultad.....2 Con mucha dificultad.....3 No sabe / No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
31. Generalmente y en lo que hace referencia a la expresión de sus emociones, Ud. se siente:	Muy satisfecho/a.....1 Satisfecho/a.....2 Insatisfecho/a.....3 Muy satisfecho/a.....4 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
32.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos positivos con respecto a sí mismo como amor a uno/a mismo/a, respeto, aceptación, perdón, paciencia, tolerancia, etc., son:	Muy frecuentes.....1 Algo frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
33.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos hacia los/as demás como amor, respeto, aceptación, perdón, paciencia, etc son:	Muy frecuentes.....1 Algo frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4 No sabe/no contesta.....9	<input type="checkbox"/>

<p>34.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos negativos sobre sí mismo/a como incapacidad, énfasis en lo negativo, ideas de no valer, de no saber, de desvalorización, de culpabilidad, etc. son:</p>	<p>Muy frecuentes.....1 Poco frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4 No sabe/no contesta.....9</p>	
<p>35.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos negativos sobre los/as demás como envidia, rivalidad, competencia, no reconocimietno de sus valores, etc., son:</p>	<p>Muy frecuentes.....1 Algo frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4 No sabe/no contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>36.- Diría Ud. que con respecto a la imagen que tiene de sí mismo/a está:</p>	<p>Muy satisfecho/a.....1 Satisfecho/a.....2 Insatisfecho/a.....3 Muy insatisfecho/a.....4 No sabe/No contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>37.- En general, con respecto a su proyecto de vida (objetivos, metas, ideales, etc.). ¿Diría Ud. Que está?:</p>	<p>Muy satisfecho/a.....1 Satisfecho/a.....2 Insatisfecho/a.....3 Muy insatisfecho/a.....4 No sabe/No contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>38.- Con el desarrollo personal que Ud. ha alcanzado está:</p>	<p>Muy satisfecho/a.....1 Satisfecho/a.....2 Insatisfecho/a.....3 Muy insatisfecho/a.....4 No sabe/No contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>

VIDA DE RELACION

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A LAS RELACIONES QUE USTED MANTIENE A NIVEL FAMILIAR Y/O SOCIAL:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>39.- En general, Diría Ud. que en el transcurso del último año, las relaciones con su familia?</p>	<p>Han sido buenas..... 1 Han existido conflictos Pero se están intentando Resolver/se han resuelto..... 2 Han sido malas 3 No sabe / No contesta 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>40. En el transcurso del último año ¿ Considera que sus relaciones sociales ?</p>	<p>Se han incrementado de Forma satisfactoria 1 Se han incrementado, pero no De forma satisfactoria 2 No se han incrementado 3 No sabe / No contesta 9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>41. Con respecto al último año, ¿considera que su calidad de comunicación con las personas que están cerca de usted?</p>	<p>Ha mejorado.....1 Continúa igual de buena.....2 Continúa igual de mala.....3 Ha empeorado.....4 No sabe/no contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>42. Con respecto al último año. ¿Diría que su situación en el trabajo es?</p>	<p>Muy satisfactoria.....1 Satisfactoria.....2 Insatisfactoria.....3 Muy insatisfactoria.....4 No sabe/No contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>43. En el último año, ¿Diría ud. que su situación económica es?</p>	<p>Muy satisfactoria.....1 Satisfactoria.....2 Insatisfactoria.....3 Muy Insatisfactoria.....4 No sabe/no contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>44. Con los bienes materiales que ud. dispone esta:</p>	<p>Muy satisfecho/a.....1 Satisfecho.....2 Insatisfecho.....3 Muy insatisfecho.....4 No sabe/no contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>45. Con el desarrollo profesional que ud. ha alcanzado está</p>	<p>Muy satisfecho/a.....1 Satisfecho/a.....2 Insatisfecho/a.....3 Muy insatisfecho/a.....4 No sabe/No contesta.....9</p>	<input type="checkbox"/>
<p>46. De las siguientes actividades recreativas o de ocio que le presentamos a continuación, Señale aquellas que usted realiza de una forma mas o menos regular (como minimo, una vez a la semana).</p>		

46 ^a . Leer:	Sí.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
46b. Escribir:	Sí.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
46c. Escuchar música:	Sí.....1 No2 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
46d. Manualidades:	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
46e. Ejercicio físico (gimnasia, caminar, correr, natación, yoga etc.)	Sí1 No2 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
46f. Descansar sin hacer nada especial:	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
46g. Otras actividades:	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
47. A continuación le vamos a presentar una serie de actividades de ocio colectivas ¿podría señalarnos las que usted realiza como mínimo una vez al mes?		
47 ^a . Exeursionés:	Sí1 No.....2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
47b. Clubs:	Sí1 No2 No sabe/No contesta.....9	<input type="checkbox"/>
47c. Círculo de amigos:	Sí1 No.....2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
47d. Salidas en grupo:	Sí1 No2 No sabe/ No contesta9	<input type="checkbox"/>
47e. Deportes de equipo:	Sí1	

	No2 No sabe/ No contesta9	
47f. Otras actividades:	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
48. De las siguientes posibilidades que vamos a presentarle, indique en cuales de ellas ud. Participa de forma activa y periodica.		
48a. Partidos Políticos	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
48b. Movimientos ecologistas	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
48c. Movimientos de ayuda a la mujer	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
48d. Grupos de autoayuda	Sí1 No2 No sabe/ No contesta9	<input type="checkbox"/>
48e. Grupos de ayuda a los demás (voluntariado etc.)	Sí1 No2 No sabe/ no contesta9	<input type="checkbox"/>
48f. Asociación de vecinos	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
48g. Sindicatos	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
48h. Asociación de padres de alumnos.	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
48i. Asociaciones médicas y/o profesionales	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	<input type="checkbox"/>
<p>Muchas gracias por su colaboración. Podría en caso necesario tener una entrevista con usted.</p> <p>SI NO</p>		

GUÍA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

I. AUTOCUIDADO DE ACUERDO AL GENERO

1. ¿Qué hace UD. Para cuidar su salud? ¿Por qué lo hace?
2. ¿Platíqueme acerca de todas las actividades que realiza para cuidarse?
3. ¿Estas actividades han sido las mismas durante su vida o han ido cambiando?
4. ¿Como han cambiado?
5. ¿Desde cuando? ¿Por qué cambiaron?
6. ¿Qué ocurrió y que motivo el cambio?
7. ¿Usted recibe alguna facilidad para su autocuidado de parte de alguna persona ? Si ¿quién y que tipo de facilidad? No ¿por qué ?
8. ¿Usted prodiga algunas acciones de autocuidado para algunos miembros de su familia? Si, ¿Cuáles, a quienes y por qué proporciona ese tipo de acciones?

II. ESPECIALIDAD MEDICA/PROFESIÓN UNIVERSITARIA

1. Su especialidad/profesión, marca de alguna manera sus hábitos y costumbres como:
 - tabaquismo
 - Consumo de alcohol u otras sustancias
 - rutina de sueño/vigilia
 - horario de alimentación
 - relaciones familiares
 - relaciones sociales
2. ¿De que manera influye su profesión en sus hábitos y comportamiento? ¿Por qué piensa que su profesión no influye en sus hábitos y comportamientos?, ¿Por qué piensa que su profesión influye en sus hábitos y comportamientos
3. ¿Encuentra usted un patrón de comportamiento semejante entre los colegas de su misma especialidad/profesión? Sí ¿por qué? No ¿por qué?
4. ¿Que comportamientos comunes reconoce usted entre el círculo de sus colegas de su misma especialidad/profesión?
5. ¿A que cree que se deban esas semejanzas?
6. ¿El ejercicio de esta especialidad médica le dificulta o le facilita prodigarse cuidado hacia su persona? ¿Cuáles son las dificultades que identifica?, ¿Cuáles son las facilidades?

III. ACCIONES DE AUTOCUIDADO

1. Alimentación. ¿Porque consume ese tipo de alimentos en su dieta?
2. En relación al descanso ¿Como lo realiza? ¿Porque tiene ese ritmo y no otro de descanso?
3. Trabajo. ¿Le causa satisfacción su actividad laboral?. Si ¿por qué?, No ¿por qué? ¿Su trabajo actual le causa angustia? ¿Porque continúa sobrecargándose de trabajo? ¿Se lleva trabajo a casa? ¿Por qué?.
4. En cuanto a ejercicio físico ¿Por qué realiza esa actividad?, ¿Por qué no realiza ninguna actividad?.

5. En relación al ocio y recreación ¿por qué realiza esa actividad? ¿Por qué no realiza ninguna actividad de ocio o recreación?
6. Tabaco. ¿Por qué fuma? ¿Qué le motiva a seguir fumando?// ¿Por que no fuma? ¿Cuáles son sus motivos para no fumar?
7. Uso de vehículo: ¿Cuando conduce un vehículo, qué medidas toma usted al conducir?, ¿porqué toma esas medidas? ¿Tiene un recorrido especial de su casa al sitio de trabajo o lugares que usted frecuenta? ¿Cuál es el motivo para seleccionar esas calles o carretera en lugar de otras para realizar su recorrido habitual?.
8. Peatón: ¿Qué medidas realiza usted cuándo transita como peatón en la vía pública?, ¿Por qué realiza esas medidas?
9. ¿Acude usted al dentista? ¿Con que frecuencia?, ¿Por qué acude con esa regularidad?, Por qué no acude con frecuencia al dentista?
10. **En el caso de las mujeres:** ¿Acude a revisión ginecológica? ¿Con qué frecuencia?. ¿Por qué acude con esa frecuencia al ginecólogo?, ¿Por qué no acude al ginecólogo? ¿Por qué no quiere que le hagan la revisión ginecológica?, ¿que razones tiene para no hacerse la revisión ginecológica? ¿Realiza autoexploración de mamas? ¿Con que frecuencia?. ¿Por qué no se realiza autoexploración de mamas?, ¿Por qué sí, se realiza autoexploración de mamas?
11. **En el caso de varones:** ¿Acude a revisión urológica? ¿Con qué frecuencia?, Por qué acude con esa frecuencia al urólogo?, ¿Por qué no acude al urólogo? ¿Por qué no quiere que le hagan la revisión urológica?, ¿Qué razones tiene para no hacerse esta revisión?
12. Familia. ¿Se siente satisfecho con sus relaciones dentro de su familia? ¿Cuáles son las formas o mecanismos para reconocer los conflictos en sus relaciones interpersonales con los miembros de su familia? ¿Porque utiliza esos mecanismos y no otros?
13. Proyecto General de Vida. ¿Se siente satisfecho con su vida? Si. ¿Por que ? No ¿Por qué?

ANEXO 4.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ENTREVISTADOS⁵.

ENTREVISTA UNO

María Eva es médica general, viuda desde hace aproximadamente nueve años. Tuvo dos hijos. Actualmente vive sola desde hace cinco años, ya que sus hijos por diferentes motivos no viven con ella, desde hace 5 años.

Fue criada en el seno de una familia clase media con mucha disciplina y desde pequeña tuvo normas y obediencia a sus padres, quienes aún viven y con quienes mantiene una relación de cercanía y cuidado.

Trabaja en la consulta externa de medicina general en el turno matutino y por la tarde atiende su consulta particular.

ENTREVISTA DOS

Iris es médica pediatra, trabaja en el Hospital General en Cuautla y en el Hospital General del Seguro Social de la misma ciudad.

Tiene jornadas de trabajo intensas ya que trabaja toda la semana, de lunes a viernes en el horario vespertino en el hospital de la Secretaría de Salud, donde se desempeña como pediatra; sábado y domingo trabaja la jornada acumulada en el IMSS.

Vive en unión libre, sin hijos; sin embargo no vive en la misma casa que su pareja y vive únicamente con su padre que es viudo. Ella desempeña actividades domésticas para el cuidado de su padre y mantiene económicamente a tres sobrinos..

ENTREVISTA TRES

Hiram es médico sanitarista, epidemiólogo. Realiza docencia e investigación en el INSP. Durante la época de las entrevistas estaba recién divorciado. Vive solo, cerca al sitio de trabajo. Tiene dos hijos pequeños, con quienes a raíz del divorcio convive los fines de semana. Sus hijos son el motivo y el motor de su existencia. El nacimiento de sus hijos lo motivo a crearse las condiciones adecuadas para poder convivir y establecer un lazo afectivo muy cercano con ellos

ENTREVISTA CUATRO

Conrado es médico internista con una maestría en sistemas de salud, trabaja en el INSP como profesor investigador de lunes a viernes y en el IMSS en jornada acumulada como médico internista en el servicio de urgencias los fines de semana.

Casado, tiene cuatro hijos, con quienes durante la época de las entrevistas iba a comer y regresaba por las tardes a continuar su jornada de trabajo.

ENTREVISTA CINCO

Clara es socióloga, labora en el INSP y tiene una historia laboral anterior de haber trabajado en el IMSS durante cerca de 15 años como coordinadora de asistentes, renunció a su antiguo trabajo para integrarse a trabajar en un equipo de investigación en el INSP que en los primeros años fue satisfactorio y armonioso y actualmente no. Es soltera, sin hijos, vive sola cerca del sitio de trabajo.

⁵ Los nombres de los entrevistados se han cambiado para guardar el anonimato y por cuestiones éticas.

ENTREVISTA SEIS

Gerardo es biólogo de profesión y posteriormente obtuvo un doctorado en ciencias, trabaja en investigación en el INSP. Casado sin hijos.

El tiene jornadas largas de trabajo dentro del INSP, generalmente llega a las 9 de la mañana y se retira a las 19-20 hrs.. La jornada de trabajo de su esposa es similar pero en otra institución de la ciudad de Cuernavaca. Mantiene una relación de pareja al parecer armoniosa. Es una pareja de reciente formación.

ENTREVISTA SIETE

Bernardo es arquitecto, casado con dos hijos, una hija de 16 años y un hijo de 12 años. Tiene varios años de trabajar en instituciones del sector salud, primeramente trabajó en los servicios de salud del DF y después, hace cerca de 10 años se integró a trabajar en el INSP. En esta institución se encuentra en el área administrativa, ocupando un puesto de mandos medios.

Tiene además una empresa privada de publicidad que atiende por las mañanas muy temprano y por las noches así como los sábados.

ENTREVISTA OCHO

Elisa es química fármaco bióloga, casada, tiene dos hijas en edades escolares. En su casa vive además su madre y una tía de edad avanzada. Su esposo es también químico. Ella realiza actividades de investigación en un laboratorio de investigación básica dentro del INSP.

Su jornada dentro de la institución es de 8hrs. a 15 a 16hrs. a más tardar. Nunca se retira más tarde del instituto. Algunos días por la tarde acude a la universidad estatal a tomar clases ya que esta inscrita en un programa de maestría. Los días que no va a la universidad realiza actividades con sus hijas (recogerlas del deportivo, o actividades de esparcimiento conjuntas).