

## I: TÍTULO

### PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO FRENTE AL ESTRÉS LABORAL Y EDUCATIVO EN RESIDENTES DE MEDICINA GENERAL Y/O FAMILIAR EN SAN LUIS.

AUTORAS: Rocío Blanco (FaPsi-UNSL); Mariela Muñoz Rodríguez (FaPsi-UNSL; CONICET, Residencia de Medicina General y/o Familiar, San Luis)

## II. Resumen

Título: Promoción del autocuidado frente al estrés laboral y educativo en Residentes de Medicina General y/o Familiar en San Luis.	
AUTORAS: Rocío Blanco (FaPsi-UNSL); Mariela Muñoz Rodríguez (FaPsi-UNSL; CONICET, Residencia de Medicina General y/o Familiar, San Luis)	
Lugar de realización: Residencia de Medicina General y/o Familiar, Hospital Dr. Juan Gregorio Vivas Juana Koslay (Avenida Pte Perón Y Rosendo Hernandez, localidad de El Chorrillo), CP 5701	
Trabajo con metodología de enfoque cualitativa- participativa	
El trabajo es inédito. Corresponde a un recorte del trabajo de sistematización de experiencias en el marco del Trabajo Integrador Final de Licenciatura en Psicología (UNSL) de Rocío Blando, dirigida por Mariela Muñoz (instructora de la residencia en Medicina General y/o familiar de San Luis).	
Categorías temáticas: Promoción de la salud	
<b>RESUMEN</b> La presente investigación se basa en un trabajo de investigación en acción realizado con residentes de medicina general y/o familiar de la provincia de San Luis para conocer y abordar procesos de autocuidado desde una perspectiva participativa e implicada. Se	

proponen como objetivos específicos reconocer las condiciones laborales y educativas de estrés y desgaste profesional en los/las residentes de Medicina General y/o Familiar; analizar las manifestaciones de estrés en la vida laboral, las condiciones en las que se manifiesta y el manejo del mismo; e identificar herramientas de autocuidado existentes y posibles de construir aplicables a ellos/as tanto a nivel profesional, grupal y personal. Se utiliza la sistematización de experiencias como estrategia de investigación propia de la investigación cualitativa participativa. Participan 17 residentes de la provincia de San Luis en talleres quincenales sobre el tema. Se analizan los resultados y se presentan para la construcción en una sesión de retroalimentación para la discusión de los resultados y la revisión conjunta de los mismos. Se reconoce que la situación de estrés en las residencias no sólo es laboral sino educativa; que los problemas sociales y económicos del país, así como la gestión de servicios de salud impacta en los procesos estresores estructurales. Se reconocen diferentes tipos de estrés y diferentes dimensiones, encontrando gran dificultad en la autopercepción de señales de alarma. Se encuentra la automedicación como estrategia de abordaje, así como estrategias artísticas y vinculares que colaboran en los procesos salutógenos.

Palabras clave: autocuidado, estrés laboral, estrés educativo, promoción de la salud, residentes de Medicina general y/o familiar

### **III. Descripción del trabajo de investigación:**

#### **Enfoque cualitativo**

#### **Introducción:**

A partir de un trabajo de Práctica Profesional Supervisada de la carrera de Licenciatura en Psicología (Facultad de Psicología - Universidad Nacional de San Luis) en la Residencia de Medicina General y/o Familiar de la Provincia de San Luis se detectó como problema territorial las dinámicas de autocuidado en la población de El Volcán, en donde realizan su trabajo territorial las/os residentes. Esto, sumado a situaciones emergentes en la residencia, llevó a la pregunta e interés de trabajar con el autocuidado de las/os mismas/os residentes.

Así surgen como preguntas ¿Cómo construir procesos de intervención psicosocial participativa con residentes de Medicina General y/o familiar de la provincia de San Luis durante los meses de marzo a julio de 2025 que permita el reconocimiento y afrontamiento del estrés laboral y educativo? ¿Cómo acompañar el reconocimiento de las condiciones laborales y educativas de estrés y desgaste profesional en los/las residentes de medicina general y/o familiar? ¿Cómo se configura el autoconocimiento de sus manifestaciones de estrés en la vida laboral, educativa, las condiciones en las que se manifiesta y el manejo del mismo? ¿Qué herramientas de autocuidado reconocen aplicables a ellos/as tanto a nivel profesional, grupal y personal? ¿Qué nuevas estrategias podemos diseñar en conjunto?

Con estas preguntas buscamos delinear un proceso de intervención psicosocial orientado a problematizar las condiciones laborales y educativas en relación al estrés. Existen escasas intervenciones sistematizadas que permitan procesos de reflexión sobre los procesos estresantes. Garro (2024) advierte que la mayoría de los estudios sobre el estrés laboral se limitan a medir su gravedad, sin profundizar en los procesos subjetivos ni en las estrategias colectivas de afrontamiento. La problemática del estrés está presente en las residencias pero brindan escasas herramientas para problematizarla. Razón que hace que el tema de investigación acción sea relevante en el campo de la salud de las residencias en Medicina General y/o Familiar.

Para realizar la investigación -intervención se recurre a los aportes de Edmundo Granda (2009) y Enrique Saforcada (2012) que nos invitan a centrarnos en los procesos de salud y de vida, no sólo mirando el riesgo, la enfermedad; sino reconociendo que en la vida cotidiana se encuentran las maneras en las que se genera y se reproduce la salud.

Consideramos urgente pensar sistemas públicos de salud que centren su atención principal en la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad; con métodos que integren diferentes modos de hacer y considerar la acción social y de las estructuras en los procesos de vida, por lo que la mirada de las personas se vuelve central; y con prácticas sociales que integran diversos actores y poderes además del poder del Estado (Granda, 2004). La importancia de estas rupturas radica en la posibilidad de disputas hacia modos de vida que hagan a la dignidad de las personas.

En este caso, nos centraremos en el derecho al autocuidado de trabajadores y estudiantes. El autocuidado ha sido proclamado como derecho humano universal en junio de 2025 (CIDH, 2025). Las residencias son propuestas de formación y trabajo en las que se producen

diferentes dinámicas que articulan una carga laboral y educativa alta. Generalmente, con estipendios bajos y con escasos derechos ya que son becas que no reconocen muchos derechos laborales. Las dinámicas de trabajo con turnos rotativos, guardias y procesos de evaluación frecuentes hacen a procesos de estrés laboral y educativo. Por lo que pensar las dinámicas de autocuidado integrales y desde perspectivas contextuales son procesos que pueden ayudar a comprender la reproducción de dinámicas institucionales implicadas, así como mecanismos ya presentes que ayuden a producir procesos malsanos o salutogénicos.

### **Encuadre teórico:**

Hay dos referentes del campo de la salud que proponen revisar las lógicas de abordaje de salud desde las políticas públicas y que tomaremos de referencia: Enrique Saforcada, psicólogo argentino que propone trabajar desde la gestión de la salud positiva y Edmundo Granda, médico generalista ecuatoriano que avanza desde la articulación de pensar la salud y la vida a una propuesta de gestión y acción en salud para mejorar las formas de vivir.

La historia de la salud pública ha estado abocada a realizar acciones normalizadas sobre una población que supuestamente ganará su salud en tanto disminuya o controle la enfermedad (Muñoz Rodríguez, 2024). Estos procesos generan mayor medicalización de la vida y a su vez enajenan a las personas de sus propios procesos salutógenos. Este proceso es llamado por Gervas y Pérez-Fernández (2024) expropiación de la salud, produciendo hasta inhabilitación para resolver problemas cotidianos en los que tiene saberes para realizar acciones de cuidado. En parte por miedo a la muerte, a equivocarse y por la gran dependencia médica que ha construido el aparato médico como el mediático a través de las lógicas del mercado acompañadas por los Estados. Esto ha afectado la autonomía y soberanía de las personas y pueblos sobre sus procesos de vida y salud. Por lo tanto, Granda (2009) propone como desafío comprender “cómo se genera y reproduce la salud en el propio mundo de la vida”(p: 73) aspecto que además ayudaría a la construcción de un Estado más democrático.

Granda (2004) menciona que el reconocer que la propia vida engendra salud, requiere interpretar la vida a través de lógicas recursivas y aproximaciones ontológicas que privilegian al organismo como eje del conocimiento, el aprendizaje y la acción de cambio.

En este primer desafío de comprender la vida y sus lógicas aparecen dos alertas, una vinculada al reconocimiento de las lógicas positivistas presentes para poder luego problematizarlas y saber de los sentidos de la vida de las personas por fuera de esta lógica.

Aquí es donde aparece el segundo aspecto a destacar, la doble hermenéutica que plantea Giddens (1984 citado en Granda, 2009) por un lado, a través del compromiso en el reconocimiento de la población y su mundo de la vida, con lo cual se reconocen las formas de vivir y los saberes y experiencias de las personas de la comunidad en sus propias verdades, eticidades, veracidades, prácticas y estrategias de organización de su poder. Además, una segunda hermenéutica, con miras a enriquecer aquella vida social con el aporte de las posibilidades problematizadoras, explicativas o de intervención de la ciencia. Estas dinámicas son propias de lo que hace a los procesos psicosociales de problematización de la vida cotidiana.

Tomamos la perspectiva que plantea Victoria García-Viniegras (2005) de comprender el bienestar desde las condiciones de vida en las que este se experimenta. Ella se refiere a estas últimas como las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, institucionales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo de las personas. Se manifiestan en las concepciones, clasificaciones, usos y manejo del espacio, los recursos y bienes que el contexto posee. En estas condiciones de vida se construyen vínculos intersubjetivos que delimitan las formas de subjetivación en las articulaciones de la vida cotidiana de los territorios. Estas se expresan en las dinámicas de los procesos de bienestar-malestar.

Desde este marco, resulta necesario incorporar la dimensión del trabajo y el cuidado en el trabajo como parte constitutiva de los procesos de salud. Neffa (2015) advierte que los procesos de trabajo son también procesos de desgaste, donde la organización, el tiempo y el contenido del trabajo inciden directamente sobre el cuerpo y la subjetividad de los trabajadores. En la misma línea

propone pensar el trabajo en términos de configuración, entendiendo que las experiencias laborales son producto de relaciones sociales y subjetivas que le otorgan forma y sentido. Por su parte, Franco y Merhy (2023) sostienen que el trabajo en salud no puede reducirse al acto técnico, sino que involucra una dimensión ética, relacional y afectiva que atraviesa toda la práctica de cuidado. Así, el cuidado no sólo es una tarea, sino un modo de producción de salud que se sostiene en los vínculos, en la sensibilidad y en la capacidad de los equipos para construir prácticas significativas en contextos complejos.

Objetivos:

Objetivo General: Sistematizar el proceso de construcción y realización de una experiencia de intervención psicosocial sobre autocuidado con residentes de medicina general y/o familiar en el Hospital Dr. Juan Gregorio Vivas - Juana Koslay, San Luis.

Objetivos específicos:

-Reconocer las condiciones laborales y educativas de estrés y desgaste profesional en los/las residentes de Medicina General y/o Familiar.

-Analizar las manifestaciones de estrés en la vida laboral, las condiciones en las que se manifiesta y el manejo del mismo .

-Identificar herramientas de autocuidado existentes y posibles de construir aplicables a ellos/as tanto a nivel profesional, grupal y personal.

Estrategia/Diseño de investigación:

El marco epistemológico de este trabajo adoptó una epistemología socio-crítica, que concibe el conocimiento como producción histórica, situada e intersubjetiva, con finalidad transformadora en las instituciones de salud. Este posicionamiento, en diálogo con las tradiciones críticas en investigación social, niega la neutralidad del saber y afirma su carácter de construcción intersubjetiva, validada por coherencia teórico-metodológica, densidad interpretativa y utilidad pública (Sirvent, 2023). La realidad sobre la que se reflexiona se reconoce como sociohistórica y vincular; los fenómenos de trabajo en salud se entienden como resultante de tramas institucionales, organizacionales y culturales que estructuran prácticas, vínculos y sentidos, con efectos materiales y simbólicos sobre quienes se forman y trabajan (Franco y Merhy, 2023; Neffa, 2015).

Desde esta posición, la experiencia se reconoce como fuente epistémica. El conocimiento se define como reconstrucción crítica de la práctica desde la práctica, con protagonismo de las personas implicadas y con atención a la historicidad de los procesos (Jara, 2012). Adoptamos un diseño de investigación en praxis utilizando como estrategia de investigación la sistematización de experiencias, orientado a reconstruir y ordenar la experiencia de los/las residentes desde sus propios relatos y análisis colectivos. Tal como plantea Jara (2012), la sistematización de experiencias se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica de la práctica, desde la práctica, lo que implica asumir que el conocimiento se produce en estrecha relación con la experiencia vivida y con los sujetos que la protagonizan.

El diseño se organiza en etapas con continuidad interna que asegura la coherencia y trazabilidad, delimitación del proceso a sistemática, ordenamiento de materiales y construcción de una línea de procesos con hitos, tensiones y aprendizajes, interpretación crítica que articula categorías teóricas y categorías emergentes sin forzar datos a esquemas previos, e instancia de retroalimentación colectiva como mecanismo de validación epistémica. En este último punto, Sirvent (2023) caracteriza las sesiones de retroalimentación como dispositivos que contribuyen a construir y validar conocimiento, a objetivar la realidad cotidiana, a compartir y discutir información con las personas involucradas y a abrir nuevas categorías e hipótesis, lo que refuerza su valor como método para la obtención de datos y el análisis colectivo.

Las/os participantes fueron 17 residentes de primero a cuarto año de medicina general y/o familiar del Hospital Dr. Juan Gregorio Vivas de Juana Koslay, San Luis.

Se implementó un dispositivo de talleres participativos como espacio de conversación, análisis sobre condiciones laborales y estresores, y para el reconocimiento y la construcción de estrategias de autocuidado. La estructura de los encuentros tuvo una etapa de caldeamiento (con respiración consciente y recuperación de lo trabajado en encuentros previos), desarrollo y síntesis.

El recorrido contempló cuatro encuentros con dinámicas participativas y un quinto encuentro de retroalimentación. El primero reconoció los procesos contextuales de las condiciones de trabajo y estudio. En el siguiente se avanzó sobre identificar situaciones de estrés. Posteriormente, se trabajó autocuidado en las dos sesiones siguientes, la primera para conocer las estrategias de autocuidado existentes y luego se crearon nuevas. El quinto encuentro permitió compartir avances en el análisis de la información construida hasta ese momento, validar categorías y ajustar interpretaciones con sus protagonistas. Con esas modificaciones se elaboró la versión final del sistema categorial, que se presenta en este trabajo.

Para el registro de los talleres se elaboró un diario de campo (Frizzo, 2019) que permitió registrar lo sucedido en cada encuentro, junto con la recuperación de las producciones grupales surgidas de los talleres. Además, los cinco encuentros fueron grabados con consentimiento, se transcribieron. Las transcripciones se compararon con el diario de campo y las síntesis colectivas, a los fines de que la información plasmada sea el reflejo de lo sucedido.

Las categorías teóricas sirvieron como punto de partida para sistematizar la información, mientras que las categorías emergentes se derivaron de cada taller en relación directa con los objetivos. El trabajo analítico avanzó de modo concurrente con el trabajo de campo e incluyó revisión, reducción, análisis y comparación (Miles y Huberman, 1994). La presentación organizada de la información se realizó en cuadros categoriales por objetivos. Consideraciones éticas: Se solicitó consentimiento informado para realizar la investigación-intervención (adjunto en anexo). Esta contempla la ausencia de riesgos previsibles, el anonimato y la confidencialidad de los datos y la autorización del lugar donde se realizó el estudio. Para resguardar la identidad de cada persona participante, se asignó un código alfanumérico (por ejemplo, R1, R2 ,R3) que no guarda relación con su nombre con el fin de diferenciar a cada uno/a.

## **Resultados:**

### **1.1 Los procesos estructurales que sostienen las dinámicas estresoras en la Residencia de Medicina General y/o Familiar en San Luis**

El proceso de sistematización permitió reconocer estresores estructurales e institucionales que en el desgaste de los/as residentes que pueden observarse en la figura 1: falta de recursos materiales (insumos, deterioro de los espacios físicos, la falta de profesionales en servicios básicos), remuneración insuficiente y restricciones contractuales que dificultan complementar ingresos, así como sobrecarga laboral y académica (guardias, múltiples tareas asistenciales y administrativas, evaluaciones frecuentes , tiempos no signados para estudiar). Estos factores se articulan con dinámicas vinculares en las rotaciones (instructores desmotivados o ausentes, climas de distancia, la transitoriedad de las mismas) que intensifican la sensación de trabajo en soledad.

En cuanto a las condiciones socio-laborales propias del ámbito de trabajo en el contexto provincial así como las de la residencia en tanto lugar laboral- educativo (horarios, rotaciones, demandas académicas y asistenciales, así como la estructura de la beca de estudio) que inciden en el estrés y el desgaste profesional de los/las residentes encontramos distintos ejes de análisis que se dan en su cotidianeidad. En primer lugar, un marco de políticas públicas de pauperización de la salud y de otros servicios básicos en las políticas nacionales: condiciones de los servicios públicos y del financiamiento que son incluidas en la categoría falta de recursos materiales en salud así como los honorarios del personal

sanitario, que operan como estresores institucionales. Aparecen también: sucesos vitales: cambios en las condiciones de vida, en el estatus económico y en los hábitos saludables.

La categoría falta de recursos materiales en salud remite a las condiciones materiales concretas en las que se desarrolla el trabajo cotidiano: la escasez de insumos, el deterioro de los espacios físicos, la falta de profesionales en servicios básicos que dificultan la derivación de personas para resolver sus problemas.

La situación económica y de crisis del país, al vulnerar diferentes aristas de la vida de las personas, repercute en las demandas que se reciben en el sector salud. Esta carencia no solo genera frustración, sino que incrementa el estrés, al obligar a los/las residentes a responder a demandas que muchas veces exceden lo humanamente posible.

Otra categoría encontrada es la remuneración insuficiente y condiciones económicas de la beca, los remunerativos por la beca aparecen como condiciones que afectan su bienestar. Esta categoría pone en evidencia cómo la insuficiencia de honorarios condiciona el acceso a recursos básicos para el autocuidado y la posibilidad de sostener el proceso de formación sin apelar a otros trabajos o estrategias compensatorias. Esto si bien no había emergido claramente se llevó como eje de problematización al último encuentro. En sus palabras, se expresa con claridad: “En relación a derechos laborales, estamos trabajando contratados por el ministerio, y hay un gris que no nos deja trabajar en otros lugares. No nos dan las condiciones dignas de sueldo”, “Nos pagan en negro afuera para poder completar el ingreso” (R1), “No tenemos beca suficiente si queremos vivir con un poco de margen” (R2)

En el mismo camino de análisis, el grupo pudo profundizar en cuestiones estructurales de la residencia: esta implica tanto aspectos laborales como académicos, que si bien por momentos están claramente diferenciados en otros se articulan.

Dentro de la categoría sobrecarga laboral, que es entendida como la acumulación excesiva de tareas, lo que implica guardias semanales y mensuales, rotaciones con duraciones diferenciales según el ámbito de la misma, atención en consultorios, tareas administrativas propias de salud (llenado de historia clínica, referencia a profesionales, conseguir turnos, manejar agendas de turnos, etc.) así como de la propia formación académica (armar cronogramas de guardias, atención de consultorio, preparar clases, presentar informes, evaluaciones, etc.) impacta directamente en la disponibilidad de tiempo para el descanso, la alimentación o el esparcimiento. Como se evidenció en el testimonio de uno/a de los/las residentes que, pese a estar enfermo/a, se sintió obligada a continuar su jornada por

motivos académicos que precisaban su presencia con un instructor específico ese día, sin que esto pudiera flexibilizarse por su condición de malestar. Esta dinámica no opera del mismo modo en todos los casos, pues no todas las rotaciones son iguales, en las residencias suele haber mayor margen para reacomodar actividades, mientras que en algunas rotaciones tienden a ser más rígidos.

Dentro de la categoría sobrecarga académica, aparecen los propios de presentaciones de clases o exámenes, así como las características de los instructores y las responsabilidades que estos asumen y delegan así como la falta de acompañamiento institucional.

Ellos/as mencionaron

“Nosotros sabemos, cómo con la facultad, que debemos hacer clases, estudiar, ese implícito lo llevamos. Pero no hay un tiempo que nos dan formalmente desde la resi para que hagamos eso. Uno se estresa cuando tiene que mezclar todo, laburo, la parte académica y eso. Cuando hay desfase”. (R3)

Otra categoría que surge como estresor es la que refiere a la vinculación interpersonal, en esta aparecen los vínculos entre residentes, con consultantes, con instructores y las que se generan en las rotaciones. Cabe aclarar que en esta residencia las rotaciones se realizan por diferentes servicios hospitalarios de primer nivel de atención y de tercera complejidad (guardia, cirugía general, traumatología, clínica médica, pediatría, gineco obstetricia, salud mental, consultorios externos de especialidades) y por instituciones de Atención Primaria de la Salud (APS), en centros de atención primaria de la salud en diferentes zonas de la ciudad, incluida la rural. Cada ámbito presenta cualidades institucionales y pedagógicas distintas (ritmos de trabajo, tamaño de equipos, modalidades de supervisión y criterios evaluativos), lo que incide en la calidad del vínculo y en las expectativas puestas sobre los/las residentes. Durante las rotaciones (que pueden durar entre quince días y tres meses) se convive cotidianamente con los equipos e instructores/as. Llegar a un nuevo lugar, conocer un nuevo funcionamiento y personas, es vivido de manera estresante y más si esos equipos no tienen cualidades de acompañamiento sentido como facilitador del aprendizaje.

Estas experiencias quedan expresadas en las voces de los/las residentes: “La incertidumbre.. de ir a algunas rotaciones donde es golpear la puerta y no saber quien me va a tocar y si me va a recibir bien o no”. Y también: “Ha pasado ya otras veces, hemos tenido que conversar con él (instructor) porque se exagera y no escucha a nadie”(R4). En relación a los equipos

de rotación, dijeron “A veces sabes que tenes que ir con esos equipos y no quieres saber nada, directamente te genera estrés de pensarlo”(R2).

En cuanto a las rotaciones, pudieron reforzar la sensación de imposibilidad de construir vínculos sólidos, al estar marcadas por la transitoriedad, y en algunos casos, por expectativas negativas previas, lo cual condiciona el clima relacional desde el inicio. Esta dificultad para generar vínculos de confianza y contención aumenta la percepción de que el trabajo se realiza en soledad, sin respaldo. Uno de los comentarios al que adhieren la mayoría fue: “Estar en muchos lugares no te permite terminar de vincularte, porque estás un tiempo, cuando empezas a conocer al equipo, ya te tenés que ir”.

También pudieron identificar como estresor el clima de distancia y poca integración con el personal del Hospital de Juana Koslay (institución base de la residencia). Los/las residentes mencionaron conflictos por el uso de los espacios físicos y una sensación de no ser parte del equipo. A esto se le suma la percepción de instructores desmotivados o directamente ausentes, sin reconocimiento institucional ni claridad en sus funciones, lo cual debilita los lazos y el acompañamiento formativo. En sus palabras: “Personalmente, hay mucho choque. Como no somos parte del hospital completamente pero si somos parte del hospital, y ellos no lo ven " (R5), "No, nos quieren y es un bajón porque es gente a la que vemos todos los días por tres años". (R1)

## **1.2. El Autoconocimiento del estrés en Residentes de Medicina General y/o Familiar en San Luis**

En relación al segundo objetivo de autoconocimiento del estrés, emergieron categorías presentes en la figura 2 que describen su experiencia integral: registro corporal (tensiones, dolores de cabeza, cansancio), componentes cognitivos y emocionales (rumiación, hipervigilancia, irritabilidad), dificultad para poder diferenciar señales de estrés y normalización del dolor. Frente a esta normalización aparece también la vinculación con aspectos propios de la disciplina y el fácil acceso a la medicación como estrategia frente a síntomas causados por el estrés.

La primera categoría en relación a este segundo objetivo fue la de registro corporal, se refiere a la capacidad de percibir las señales físicas asociadas al estrés, tales como contracturas, dolor de cabeza, tensión muscular o palpitations. Estas corresponden a las dimensiones físicas del estrés.

Para ampliar el registro sensorial se utilizaron dinámicas de respiración activa sensoriomotriz. A partir de estas dinámicas, comenzaron a aparecer relatos en los que se manifestaban sensaciones físicas y recuerdos asociados a momentos de mayor calma, lo que permitió abrir un espacio de verbalización subjetiva. A una de los/las residentes, por ejemplo, la diferencia en dos sectores del jardín le disparó pensamientos asociados al orden y al trabajo, mostrando cómo el estrés puede activarse incluso en momentos aparentemente neutros. Por lo que este ejercicio habilitó la relación entre las dimensiones físicas y emocionales.

Otra categoría que surgió es nombrar el estrés, es decir, la posibilidad de poner en palabras y clasificar los distintos tipos de estrés vividos por los/las residentes. La clasificación de los tipos de estrés no surge de una taxonomía previa, sino que fue construida como una herramienta conceptual dentro del dispositivo grupal. El propósito fue ayudarlos a identificar matices en sus vivencias, diferenciar las situaciones puntuales de tensión, de aquellas que se habían vuelto parte de lo cotidiano y reconocer cómo cada forma de estrés impacta en su salud física y emocional. A partir de esta necesidad se propusieron tres tipos de vivencias de estrés: eventual, cotidiano y crónico.

El estrés eventual fue definido como aquel que se activa frente situaciones puntuales, inesperadas, como una urgencia en la guardia, un conflicto con un instructor. Suele tener una alta intensidad, pero se da en una duración limitada en el tiempo. El estrés cotidiano, en cambio, se refiere a tensiones que, aunque menores, se presentan con frecuencia en la vida laboral, interrupciones constantes durante la atención, rotaciones inciertas, acumulación de tareas. Por último, el estrés crónico hace referencia a un estado sostenido de sobrecarga y malestar, vinculado a condiciones estructurales de la residencia, como las jornadas extensas, la sobreexigencia, la falta de descanso, entre otras. Este tipo de estrés tiene efectos acumulativos y puede volverse difícil de identificar por su persistencia. En el proceso del taller se pudieron identificar diferentes manifestaciones:

“Creo que lo que pasa mucho también es esta multiplicidad o fragmentación en el quehacer, a la mañana ir a un lugar, hacer una cosa, a la tarde venir acá, después la guardia, después que el proyecto de, no sé, de publicar. Como esa fragmentación constante y esa división, a mí eso en un momento me hizo bastante mal y lo identifiqué muy claramente como estrés crónico, que también a veces me pasaba que sentía

como que estaba todo el tiempo bueno pensando y es una situación de alerta permanente” (R5)

“No conocer las dinámicas del lugar a donde vas, no sabes con quién te vas a encontrar, como que te da un toque de nervios, no sabes si te vas a recibir, no me vas a recibir, me vas a tratar bien, o no me vas a tratar bien”(R6)

“A mí me estresa un poco el ambiente de la casita (lugar donde se reúnen para actividades académicas de la residencia). Porque a veces no hay mucho espacio, un montón de cosas buenas tengo por decir, pero también a veces me estresa cuando somos demasiados y como que tenes que estar prestando atención a muchas cosas todo el tiempo.”(R8)

A partir de cada uno de estos comentarios, los/las residentes comenzaron a diferenciar estas situaciones según los diferentes tipos de estrés, antes mencionados. Luego procedieron a clasificarlas profundizando en las que reconocieron como estresantes.

La clasificación de los tipos de estrés (eventual cotidiano y crónico) facilitó reconocer patrones, contextos y las consecuencias cuando es sostenido en el tiempo, habilitando una comprensión situada y aprendizajes vicarios. Esta diferenciación permite a los/las residentes identificar que no todas las experiencias de tensión tienen la misma intensidad ni el mismo origen: algunas responden a situaciones puntuales de alta demanda, otras a presiones diarias que se repiten y otras a condiciones estructurales que se cronifican y terminan afectando la salud integral.

Comprender estas diferencias ayudó al grupo a interpretar el estrés no como un problema individual o de debilidad personal, sino como el resultado de dinámicas laborales, académicas y vinculares propias del contexto institucional en el que se desempeñan.

En cuanto a los tipos de estrés percibidos el primer reconocimiento es físico y luego emocional, algunas residentes también hacen alusión a lo sensorial. Esta referencia prioritaria sobre el cuerpo y los síntomas coincide con la bibliografía. Martínez-Lanz et al. (2005) identificaron la presencia de síntomas físicos como parte del cuadro de estrés y depresión en médicos. El estrés en la residencia se manifiesta de manera integral involucrando dimensiones físicas (tensiones, cefalea, fatiga), cognitivas (rumiación, hipervigilancia, anticipación catastrófica) y emocionales (ansiedad, irritabilidad, sensación de desborde) que se retroalimentan en el quehacer cotidiano y, si no son nombradas, tienden a cronificarse y a afectar la toma de decisiones y la calidad del cuidado. Estos síntomas están

relacionados con la organización del trabajo-estudio propia de la residencia que complejiza los procesos de malestar. Así el presente trabajo ofrece una mirada integral al proponer estrategias concretas para reconectar con el cuerpo y, desde ahí, iniciar un proceso de lectura y comprensión del estrés que articule lo físico, lo emocional y lo simbólico.

Sin embargo, no todo el grupo logró hacer esta diferenciación de forma clara en un primer momento, lo cual dio lugar a la categoría dificultad de diferenciación, referida a la confusión que se genera al tratar de identificar si lo que se experimenta es una sensación permanente, si sucede con frecuencias aisladas o en situaciones específicas. Esta categoría fue clave para comprender la necesidad de brindar herramientas conceptuales y recursos expresivos que ayuden a leer mejor lo que el cuerpo, emociones y la mente comunican.

Finalmente, otra categoría relacionada al NO registro del estrés, es la de normalización del dolor físico, esta categoría emergente dio cuenta de que la sobrecarga laboral y horaria, que mencionamos anteriormente no solo fue descrita, sino sentida en los cuerpos, en forma de contracturas, fatiga permanente, cefaleas o síntomas gastrointestinales. El malestar corporal es frecuentemente silenciado o pospuesto, convirtiéndose en parte de la rutina profesional. No se problematiza como síntoma de un sistema estresante, sino que se incorpora como una consecuencia esperable del trabajo, lo que invisibiliza su gravedad y posterga su abordaje.

A esta categoría se suma la de automedicación como estrategia de sostén, surgida a partir de relatos sobre el uso frecuente de medicación para poder sostener la jornada laboral. Los testimonios de los/las residentes, pusieron en evidencia una práctica extendida, aunque poco problematizada, de automedicación, que si bien alivia síntomas físicos, también refleja una naturalización del malestar corporal como parte inherente del trabajo en salud. Comprender estas sensaciones físicas como alerta, entendiendo que el cuerpo muchas veces “habla” antes que la mente logre nombrar lo que ocurre, fue un avance importante en el proceso. En sus palabras, mencionaron: “A mi me pasa con la cervicalgia, que estoy nauseosa, pero mareada. No me puedo mantener de pie del dolor y ya el comprimido no me hace ni cosquillas y llegó a inyectarme. Porque si solo me tomo el comprimido el dolor persiste 4 o 5 días” (R3)

Durante la retroalimentación de los resultados, varios/as participantes reafirmaron dolencias físicas que habían surgido en otros encuentros que son sostenidas en el tiempo y frente a lo que se responde desde la automedicación. Estas experiencias fortalecen las categorías antes mencionadas e invitan a reflexionar sobre la desconexión cuerpo-mente expresada en frases

como “Yo me clavo todo para seguir. Llega un momento que disocio mente, cuerpo, alma, todo junto, para seguir, con las partes separadas pero para seguir”. Este tipo de expresiones evidencian mecanismos de disociación frente al sufrimiento mediante los cuales se separa el sentir físico del registro consciente, como forma de sostener la exigencia sin detenerse. La desconexión aparece como una estrategia frente al dolor, aunque también implica un riesgo para la salud integral. (R9).

### **1.3. De la experiencia a la acción: apoyo grupal y el Kit de Autocuidado**

El tercer objetivo de esta sistematización se orientó a problematizar y reconocer herramientas de autocuidado, entendidas no como recursos aislados ni meramente individuales, sino como prácticas aplicables en distintos niveles: profesional, grupal y personal. En cuanto a las estrategias de autocuidado, se identificaron prácticas preexistentes (respiración consciente, pausas breves, conversación con colegas, planificación), el humor compartido como estrategia de contención y aprendizaje vicario (figura 3). Cobró centralidad la obtención grupal y la construcción de la residencia como espacio seguro, un ambiente emocional donde cada residente pudo expresarse sin temor al juicio de los demás. El proceso culminó con la materialización de un “Kit de autocuidado”, que funcionó como dispositivo práctico y simbólico para sostener hábitos, visibilizar recursos y reforzar la pertenencia.

A lo largo de los encuentros, las actividades propuestas, las reflexiones colectivas y los relatos personales permitieron identificar tanto prácticas de autocuidado ya existentes como otras que podrían ser incorporadas o fortalecidas.

El autocuidado preexistente refiere a prácticas que ya estaban presentes en la rutina de los/las residentes, pero que no habían sido reconocidas como estrategias de regulación emocional o autocuidado. Durante el primer encuentro emergieron señales espontáneas de autocuidado personal. La caminata por el jardín, por ejemplo, permitió visibilizar la capacidad de algunos/as residentes para anclarse en estímulos sensoriales, como los colores, texturas o sonidos del entorno, para regularse emocionalmente. También se mencionaron otras estrategias como, escuchar música en el auto en el camino de una actividad a otra o al trabajo, tomar mate, planificar cómo anticipación a situaciones estresantes, uso de anclajes, dibujar o mirar fotografías aparecieron como ejemplos de

acciones que funcionan como pequeños anclajes cotidianos frente a las exigencias del entorno. Lo interesante de esta categoría es que rompe con una idea normativa del autocuidado, como algo aprendido formalmente y recupera saberes cotidianos, genuinos, que ya habitan en la experiencia de las personas, pero que suelen pasar desapercibidos o ser desvalorizados.

Entre las estrategias que usaban mencionaron las siguientes:

“Yo como para afrontar estas situaciones de estrés, usé el pensarlo. Es decir, a mí misma me voy a diciendo, no voy a ir a morir, conocer gente nueva es bueno” (R6).

“Yo, por ejemplo, cuando salgo a las 20 (horas) de La Punta, siempre pongo altavoz y voy hablando con mi mamá, el paisaje, el atardecer que cae en La Punta para acá es precioso. No sé nada, trato de pensar en eso, que cuando termine haré eso, sé que llego a comer y a dormir nada más para el otro día” (R3).

“Yo voy cambiando de camino, para cambiar el paisaje, ver personas nuevas” (R10).

En el encuentro de retroalimentación se confirmó la importancia de reconocer estas prácticas, y surgieron nuevas estrategias que consolidan y amplían esta categoría. Se mencionaron acciones como la respiración consciente, el uso de tarjetas con frases personales, la posibilidad de dedicarse un momento para tomarse un té con consciencia de estar presente o una comida reconfortante, la actividad física o simplemente el descanso. Estas cosas que parecen simples pero son profundamente significativas, reflejan una capacidad creciente para reconocer y ensayar respuestas concretas frente al estrés. Tal como expresó uno/a de los/las residentes “Me cambió el momento” (R.4), al relatar cómo, en una situación de cansancio por una jornada laboral, junto con otro compañero pusieron música y tomaron un té. En estos recursos se pone en juego algo más que la búsqueda de alivio: se trata de prácticas que permiten detenerse, escucharse y habitar el cuidado desde lo cotidiano, lo propio y desde lo compartido.

Como parte del mismo recorrido, se consolidó la categoría de humor como estrategia de contención que se reconoció como propia del grupo de la residencia. Especialmente durante el tercer encuentro, las dramatizaciones de escenas cotidianas del ámbito laboral permitieron liberar tensiones mediante el humor compartido, lo cual permitió crear un ambiente de confianza y relajación, sin restarle profundidad a las experiencias dramatizadas. Esta categoría puso de relieve el valor del humor como herramienta grupal para resignificar lo vivido, crear grupalidad y hacer más llevadero lo cotidiano. En el encuentro de

retroalimentación se reafirmó esta categoría, los/las residentes expresaron: “nos reímos de todo” (R1) o “lo decimos con boludeces para que no suene tan fuerte”(R2). Estas frases dan cuenta que existe un diálogo grupal que les permite tramitar las partes más duras del trabajo y resignificar el malestar a través de estos códigos compartidos.

Neffa en sus palabras:

Entre compañeros de trabajo recurrir al humor es una forma de gestionar el estrés, de hacer frente a las dificultades, descargar tensiones en momentos difíciles, combatir el miedo, reducir el peso de las emociones, permite “abrir las válvulas”, para “soltar la presión”. (Neffa, 2015, p.194)

Ahora bien, ¿Dónde y cómo se procesa con eso que se “suelta” con el humor? Los/las residentes manifiestan que el momento en que más emerge es el posterior al almuerzo que comparten día a día, también aparece en actividades de menor demanda y mayor dispersión. Desde este punto de vista, el humor aparece como herramienta potente de elaboración colectiva, con capacidad para fortalecer los vínculos, humanizar los intercambios y crear las condiciones subjetivas necesarias para el bienestar de los contextos laborales complejos como es el trabajo en salud.

En este mismo sentido, cobró relevancia la categoría contención grupal, que refiere a la función que el grupo ya cumple y reconoce, ser espacio de escucha, sostén y validación del malestar. A medida que avanzaban los encuentros, se hizo evidente cómo el solo hecho de compartir lo que les pasaba generaba alivio, validación emocional y sensación de estar acompañados en la experiencia. Si bien, este espacio de contención no se fue planificado como objetivo explícito, se configuró como uno de los logros más valorados del proceso. Reconocerlo como parte de su cotidianeidad, permitió resignificarlo y comenzar a integrarlo como estrategia de autocuidado. Este sostén entre pares materializa esas tramas de sociabilidad que Jelin (2020) vincula al bienestar, y el poder promover espacios de cuidado y sociabilidad en distintas maneras de ser “familias”.

Emergió también la residencia como espacio seguro, entendida como la construcción de un ambiente emocional donde cada residente pudo expresarse sin temor al juicio de los demás. Aunque el término “espacio seguro” no fue nombrado de forma literal por los participantes, su consolidación como categoría emergente se basa en lo observado durante el proceso, como la apertura emocional al compartir experiencias íntimas, el uso del humor como herramienta de alivio colectivo, y la validación constante entre pares durante los encuentros.

Estos elementos permiten inferir que se generó un ambiente de confianza grupal y horizontalidad.

Durante el encuentro de retroalimentación también se reafirmaron estas categorías, al destacar el valor de los espacios grupales como entornos de validación y acompañamiento. No obstante, hay momentos en que las instancias de asambleas o instancias para resolver problemas la participación es desigual y muchas veces en las votaciones no quedan explicitadas todas las opiniones. Este funcionamiento fue señalado como un indicador de malestar, surgieron tensiones ya que para algunos/as han sido vividas como poco efectivas y forzadas. Este aporte invita a complejizar la categoría, reconociendo que la contención opera cuando se generan condiciones reales de apertura confianza y horizontalidad, y cuando se revisa la “válvula” por la que circula lo que se siente y se piensa: ¿Cómo me comunico?, ¿Qué comunico y con qué registro?, ¿Dispongo de canales variados además de la asamblea (reuniones de equipo, supervisión, ateneos)?, ¿Me percibo con capacidad para impulsar cambios en las dinámicas del lugar de trabajo?. Este pasaje de la descarga a mecanismos que permitan que las diferencias se conviertan en impulso para cambios sostenidos, habilita procesos de mejora para todos/as.

Otra categoría significativa fue la de aprendizaje vicario (Bandura en Moctezuma Pérez, 2017), entendida como el proceso por el cual los/las residentes adoptan estrategias observadas en sus compañeros para aplicarlas en ellos/as mismos/as tal cual estaban comentadas o bien con modificaciones propias. A través de la puesta en común de lo que cada uno/a hacía para afrontar situaciones de estrés, comenzaron a circular nuevas ideas y recursos, lo que fortaleció la percepción de red y el sentido de pertenencia. Esta forma de aprendizaje también contribuyó a desarmar la creencia de que el autocuidado es algo individual e intransferible. Neffa (2015) dice que “Si se promueve la ayuda mutua y el intercambio de conocimientos y experiencia entre los trabajadores se obtienen mejores resultados y se puede emprender la solución de problemas comunes” (p. 467). Esta perspectiva resalta la cooperación en el aprendizaje y una mejora de las prácticas laborales.

### **Discusión**

Las categorías emergentes sobre las condiciones estructurales de trabajo y estudio evidencian cómo el sistema sanitario en el marco de un proceso sostenido de ajuste económico, afectan tanto a la capacidad resolutoria de los equipos como a la salud integral de quienes trabajan en él. Desde la perspectiva de Saforcada (1999) en torno al Sistema

Total de Salud, estos estresores no se comprenden sólo como déficit del hospital o del equipo, sino como emergentes en la interacción entre componentes del sistema oficial y el sistema popular de salud.

Desde el Sistema Total de Salud (Saforcada, 1999) las condiciones materiales del sistema de salud funcionan como estresores institucionales que reconfiguran la práctica y el vínculo efector-usuario. Las condiciones económicas de la residencia a su vez les afectan a ellas/os que muchas veces recurren a trabajos precarizados para lograr la subsistencia, aumentando las cargas laborales y de estudios propias de la beca. Así, la experiencia cotidiana de las/os fluctúa entre tensiones materiales, organizacionales e intersubjetivas; que podrían relacionarse en buena parte al estrés laboral observado en la residencia.

Estas categorías encontradas, permiten revisar algunas de las posibles afectaciones encontradas en investigaciones previas, considerando que no todas las residencias implican las mismas sobrecargas ni exigencias, así como tampoco las mismas lógicas de poder dentro de las mismas. En el estudio de Arenas-Monreal et al. (2004) permite profundizar en la dimensión institucional del problema, las autoras identifican que el diseño mismo de las instituciones de salud obstaculiza el autocuidado: jornadas extensas, multicontratación y ausencia de políticas de bienestar configuran un entorno que no sólo no cuida, sino que exige rendimiento sostenible sin reconocer el desgaste. Esta mirada resulta fundamental para leer lo que sucede en la residencia, las condiciones laborales se cruzan con las exigencias académicas, en un marco institucional donde se entrelaza la formación y lo asistencial sin reglas claras ni programas de cuidado efectivos, lo que individualiza la demanda en los/las residentes y contribuye a intensificar el malestar, el desgaste emocional y la percepción de que están sólo frente a la demanda de estas dos dimensiones, ya que no funcionan de modo sostenido dispositivos de sostén institucional par evitarlo.

Neffa (2015) advierte que los procesos de trabajo son también procesos de desgaste, donde la organización, el tiempo y el contenido del trabajo actúan sobre el cuerpo y la subjetividad del trabajador. Así, las consecuencias estructurales del trabajo en salud tienen impacto en la persona, por lo que el malestar no puede analizarse de forma aislada.

La dimensión vincular entre trabajadores e instructores se encuentra poco explorada en los estudios analizados. El estudio de Arenas-Monreal et al. (2004) advierte que las instituciones sanitarias no están diseñadas para promover el cuidado entre sus trabajadores, y que el modo de relación profesional puede volverse distante e instrumental. Las autoras y autores

destacan que las interacciones en el ámbito laboral “generan un clima de desconfianza y de incomodidad, lo cual influye en el estado anímico y en la salud mental del personal” (p. 330) especialmente cuando estas reacciones están atravesadas por competencia desleal, envidias e intrigas. Este planteo resulta clave para comprender cómo los vínculos, cuando no son cuidados ni reconocidos, se transforman en fuente de estrés.

Desde una perspectiva teórica, este análisis se vincula con lo presupuesto por Collado (2022), quien sostiene que para comprender el trabajo es necesario pensarlo en términos de configuración “de la realidad social, sino también reconoce que toda experiencia laboral es resultado de la forma específica en que se relacionan diferentes sujetos (capital, Estado, trabajadores, clientes y/o consumidores) en el marco de las estructuras económicas, sociales y políticas, incluyendo los procesos subjetivos involucrados en dichas relaciones” (Collado, 2022, p.30).

En cuanto a los tipos de estrés encontrados, nos pareció significativo identificar diferentes tipos de estrés, ya que permite comprender cómo se sostiene esta dinámica, señala que “Las personas tienen normalmente la capacidad para resistir y adaptarse a las presiones en el corto plazo, pero hay mayores dificultades si se trata de una exposición intensa, prolongada y que se repite” (Neffa, 2015, p.158). En estos casos, la continuidad del malestar físico en el tiempo, lejos de captar la atención de quien trabaja, tiende a naturalizarse, ocultado detrás del pensamiento de una problemática individual sin poder ver que se trata de una dimensión estructural. La falta de reconocimiento institucional del sufrimiento corporal como un efecto del estrés prolongado contribuye a su invisibilización y cronificación.

La primacía del reconocimiento del estrés en síntomas físicos o emocionales agudos permite pensar en las cualidades de la medicina en la priorización del cuerpo así como en el modelo hegemónico de atención, tanto usuarios como profesionales se ven alienados: “ Como usuarios de un modelo de este tipo, nos tornamos meros objetos y como profesionales, meros insumos productores de otros insumos” (Merhy, 2006, p.98). En este sentido el/la trabajador/a de salud deja de ser un agente ético y sensible de cuidado para convertirse en una pieza dentro de un engranaje que solo espera de él la producción continua de actos técnicos. “Nos subordinamos al mundo de las tecnologías duras, empobreciendo nuestro núcleo cuidador” (p.98), desvalorizando todo aquello que no pueda ser cuantificado,

protocolizado y facturado. Así el cuerpo que duele no encuentra lugar en la agenda institucional, porque no entra en los tiempos ni en el rendimiento de la institución.

En palabras de Neffa:

Como mecanismo de defensa individual, si no pueden eliminar los riesgos, los trabajadores reprimen sus emociones o descargan el conflicto sobre sus familiares y colegas, se auto administran medicamentos, consumen vitaminas, sedantes y calmantes, consultan individualmente a psicólogos y psiquiatras del trabajo en búsqueda de contención (Neffa, 2015, p. 216).

En conjunto, estas categorías reflejan un proceso de creciente complejización en el modo en que los/las residentes se relacionan con su malestar. De un registro inicial más difuso o normalizado, se pasó a un autoconocimiento más afinado y colectivo, que permitió poner en valor recursos propios y también detectar prácticas que merecen ser revisadas.

A lo largo de los encuentros, también se visibilizó una tensión central en el ejercicio profesional que muestra una de las principales barreras estructurales para el autocuidado, la brecha entre salud personal y exigencia laboral, que lleva muchas veces a la imposibilidad de tomarse una pausa aun cuando el cuerpo lo requiere. Todo ello da cuenta de una tensión bastante frecuente entre el deber y el cuidado de sí, que atraviesa el campo de la salud sin distinción de roles, como se ha mencionado a lo largo de este trabajo.

Junto con estas problemáticas, también emergieron elementos que funcionaron como sostén frente a las exigencias del sistema, es decir, factores protectores, como el compañerismo y los espacios informales de apoyo mutuo, que permitieron complejizar el análisis sin caer en una mirada exclusivamente deficitaria. El hecho de que los/las residentes reconocieran estos elementos, dentro del espacio del taller, muestra que no solo se acompañó el proceso de reconocimiento, sino que se generaron condiciones reales para que dicho reconocimiento ocurriera de manera crítica, colectiva y situada.

En palabras de Neffa:

El apoyo social en el trabajo consiste en los vínculos y comportamientos, espontáneos o voluntarios, entre individuos o grupos para aportar esfuerzos psíquicos, mentales o físicos a quienes se encuentren en dificultad, emitir consejos, prestar ayuda técnico-profesional o emocional ante las demandas y exigencias de la organización que superan los recursos y capacidades de resistencia y adaptación de

los trabajadores, o cuando un colega o un grupo atraviesa momentos personales o familiares difíciles o una crisis (Neffa, 2015, p. 210).

Durante los talleres intentamos aumentar el reconocimiento de señales de estrés para poder ampliar los recursos para intervenir tanto desde aspectos estructurales, colectivos como en los individuales.

No existen muchos trabajos que hagan hincapié en procesos grupales de abordaje. Lo más frecuente para abordar el autocuidado es como eje formativo, articulado con ejercicios de respiración /relajación y mindfulness, y dispositivos de registro que favorecen la conciencia profesional (Garro, 2024). En los talleres que abordó se trabajó una discusión guiada para visibilizar el autocuidado como herramienta de prevención y protección esto permitió ver la potencia del aprendizaje vicario como dinámica social de construcción y apoyo.

Franco (2023) sostiene que la producción de salud no se limita al acto técnico, sino que se enriquece con formas de intervención que integran el deseo, el lenguaje, la subjetividad y el vínculo. En este sentido la creación del kit más que una herramienta, se convirtió en un gesto colectivo cargado de afectividad y reconocimiento mutuo, que resignificó el autocuidado desde lo compartido. Es decir, “un conocimiento que puede retornar al mismo medio social bajo la forma de intervención”(Franco, 2023; p.109).

En este sentido, es importante recordar el “triángulo inteligente” de la salud (Saforcada, 2012) la mayor parte de la población se ubica en situaciones de baja complejidad, por lo que invertir en la base (promoción, protección y autocuidado colectivo) reduce sufrimiento, derivaciones a alta complejidad y costos. Esta orientación descomprime los niveles críticos del sistema, mejora las condiciones del trabajo cotidiano y crea un marco institucional donde las estrategias de cuidado entre pares pueden sostenerse.

Consideramos que este trabajo aporta a la comunidad científica una mirada situada sobre el estrés y el autocuidado en residencias médicas, desde una perspectiva psicosocial participativa. Se diferencia de los estudios tradicionales porque no mide el malestar, sino que lo interpreta colectivamente, integrando práctica y teoría mediante la sistematización de experiencias. De este modo, amplía el conocimiento sobre el vínculo entre condiciones laborales, salud emocional y prácticas de cuidado, aportando categorías analíticas nuevas como el estrés eventual, cotidiano y crónico, el registro corporal y el autocuidado preexistente. Esto tanto para pensar la teoría como autoconocimiento para quienes

participan en procesos de reflexión-acción que permite implementar modificaciones en sus vidas.

Para la comunidad en general, la experiencia demuestra que el autocuidado no es una responsabilidad individual, sino un derecho colectivo que requiere acompañamiento institucional y políticas que protejan la salud de quienes cuidan. La intervención mostró que es posible generar espacios de encuentro y reflexión aun en contextos de alta demanda, fortaleciendo los lazos entre colegas y promoviendo bienestar en los equipos de salud.

En cuanto a nuevas líneas de investigación este trabajo abre la posibilidad de explorar:

- Cómo institucionalizar espacios de cuidado en los programas de residencia.
- Qué impacto tienen las prácticas colectivas de cuidado en la salud mental de los equipos
- Y cómo incluir el cuidado como eje formativo transversal en la formación de salud.

En síntesis, esta investigación aporta evidencia, herramientas y fundamentos para seguir construyendo una cultura del cuidado como práctica ética, relacional y política en el campo de la salud.

#### **IV. Relevancia para la Medicina General, Equipos de Salud y Salud Colectiva:**

Si bien la información no es generalizable para todas las residencias de medicina general y/o familiar del país, este trabajo permite reconocer los procesos estresores en el trayecto de formación y ser base para revisarlos en otras residencias. A la vez, el proceso de investigación-acción permitió potenciar el proceso para la revisión paulatina y sostenida en el tiempo de procesos reflexivos que posibiliten la construcción del autocuidado en la residencia.

Estas construcciones permiten pensar los procesos de formación en las residencias para la construcción de espacios cuidados. Se hace indispensable en el marco de ajuste repensar las políticas sanitarias y de formación considerando y dando espacio para la discusión de las condiciones que impone la beca. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud potencia la formación e investigación transversal pero son pocos los espacios en donde las mismas se conjugan. Esta metodología de trabajo permitió su articulación, precisa de mayores implicancias en el proceso de lectura temática en los participantes para lograr procesos de articulación teórico-experiencial más profunda.

## V. Referencias bibliográficas:

- Arenas-Monreal, L., Hernández-Tezoquipa, I., Valdez-Santiago, R., y Bonilla-Fernández, P. (2004). Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Publica Mexico*, 46, 326-332. <https://www.scielo.org/pdf/spm/2004.v46n4/326-332/es>
- Collado, P. A. (2022). Trabajo o trabajar para vivir. Protagonistas del trabajo en la Mendoza actual. EDIUNC
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2025) *Opinión consultiva oc-31/25 de 12 de junio de 2025 solicitada por la República Argentina. El contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos*. CIDH.
- Franco, T. B., y Merhy, E. E. (2023). Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud. Lugar editorial S.A
- Frizzo, K (2019). Diario de Campo. Enrique Saforcada y Jorge Sarriera Castellá (Comp.), Enfoque Conceptuales y Técnicos en Psicología Comunitaria Aplicaciones de la Psicología Comunitaria en el Mercosur y España. (pp. 135- 151). EDICIONES NUEVOS TIEMPOS
- Garro, Claudia Daniela (2024). Talleres de autocuidado desde un enfoque comunitario en un grupo interdisciplinario de trabajo de la localidad de C. Provincia de Santa Fe. [Trabajo Final integrador no publicado]. Universidad Nacional de San Luis.
- Gervas, J y Perez Fernández, M (16 de abril, 2024). 15 características del buen médico. Más salud. <https://www.nogracias.org/2024/04/16/15-caracteristicas-del-buen-medico-por-juan-gervas-y-mercedes-perez-fernandez/>
- Granda, Edmundo (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy? *Revista Cubana de Salud Pública* 30 (2). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200009&lng=es&nrm=iso)
- Granda, Edmundo (2009). Perspectivas de la salud pública para el siglo XXI. Conferencia en el Ministerio de Salud Pública de Honduras, junio 28 de 1996. En Zaida Betancourt, César Hermida, Hugo Noboa y Martha Rodríguez (Eds.), *La salud y la vida* (pp. 69-82). Ministerio de salud pública de Ecuador, ALAMES; CONASA; OPS.
- Jara, O. (2012). Sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos posibles. CEAAL – CEP Alforja- Intermon Oxfam
- Jelin, E. (2020, 26 de octubre). ¿Quién cuida a quién? Desigualdades, familias y políticas públicas. Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES). <https://www.ides.org.ar/noticia/elizabeth-jelin-quien-cuida-gente-desigualdades-familias-politicas-publicas-noticias>
- Mayochi, M., Garcia Rossi, M. L., y Rodriguez De Behrends, M. (2024). Conductas de autocuidado en profesionales de la Salud Mental de Argentina. En XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-048/78>
- Merhy, E. E. (2006). Salud: cartografía del trabajo vivo. Lugar Editorial.
- Miles, Matthew & Huberman, Michael (1994). Data management and analysis methods. En Norman Denzin y Yvonna Lincoln (Eds.), *Handbook of cualitative research* (pp. 428- 444). Sage Publication.

- Moctezuma Pérez, S. (2017). Una aproximación a las sociedades rurales de México desde el concepto de aprendizaje vicario. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 15(2), 169-178. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-80272017000200169&lang=es#B4](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272017000200169&lang=es#B4)
- Muñoz Rodríguez, M. (2024) *Procesos de bienestar- malestar en niños de sectores populares de San Luis: aportes desde la determinación social de la vida para la promoción de la salud emancipadora con las infancias*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de San Luis.
- Neffa, J. C. (2015). Los riesgos psicosociales en el trabajo: Una contribución a su estudio. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL), CONICET.
- Pacheco Pacheco, B., Fritzsche, M., Bedregal, P., y Castañeda, F. (2023). Autocuidado y bienestar en residencias de psiquiatría: encuesta de opinión a los docentes. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 48(2), 15-23 . <https://doi.org/10.11565/arsmed.v48i2.1931>
- Saforcada, Enrique (1999). *Psicología Sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención de salud*. Paidós.
- Saforcada, E. (2012). Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes sociales de la salud y la enfermedad. *Aletheia* 37, p.7-22 <http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/aletheia/article/view/3397>
- Sirvent, M. T., y Rigal, L. (2023). *La investigación social en educación: Diferentes caminos epistemológicos, lógicos y metodológicos de producción de conocimiento*. Miño y Dávila editores.
- Victoria García-Viniegras, Carmen (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 8 (2). <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol8num2/art1vol8no2.pdf>

## **VI. Anexos (gráficos y consentimiento)**

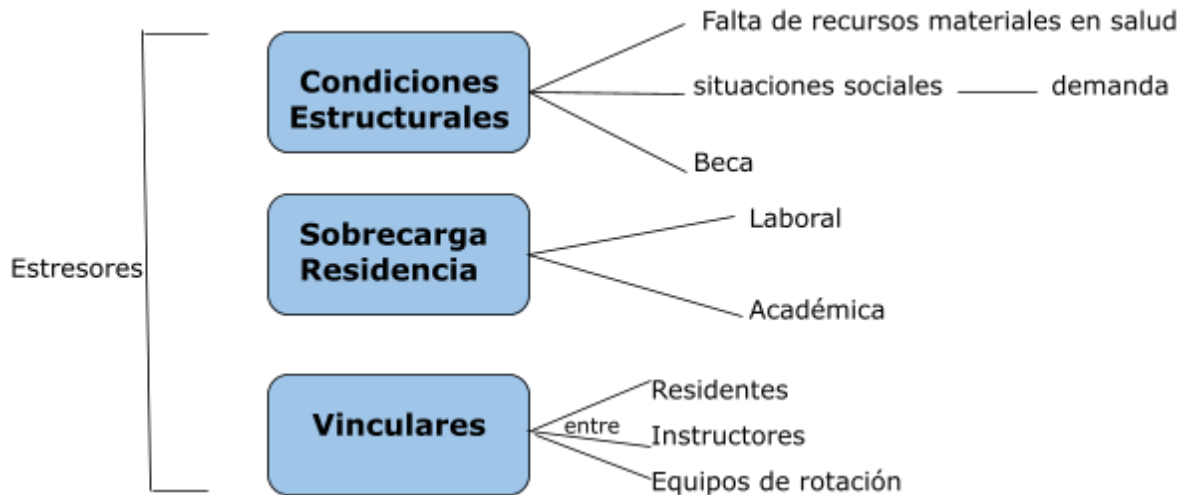


Figura 1: Estresores identificados en la Residencia: Condiciones Estructurales, Sobrecarga y Vínculos. Elaboración propia

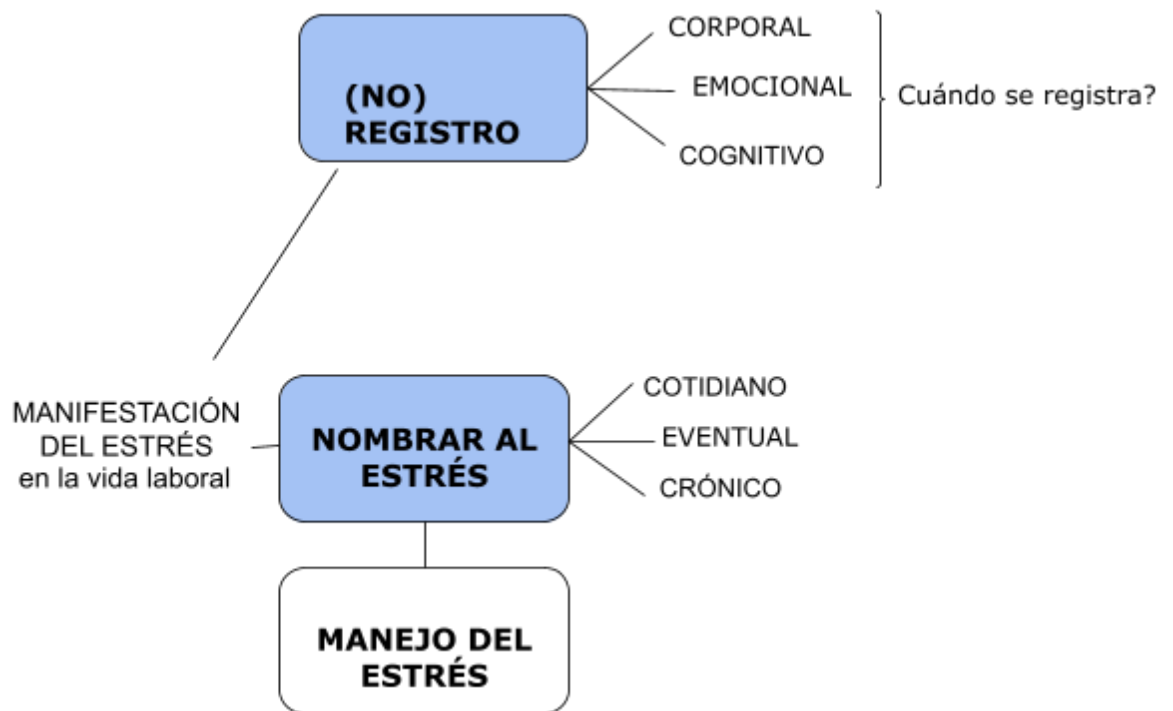
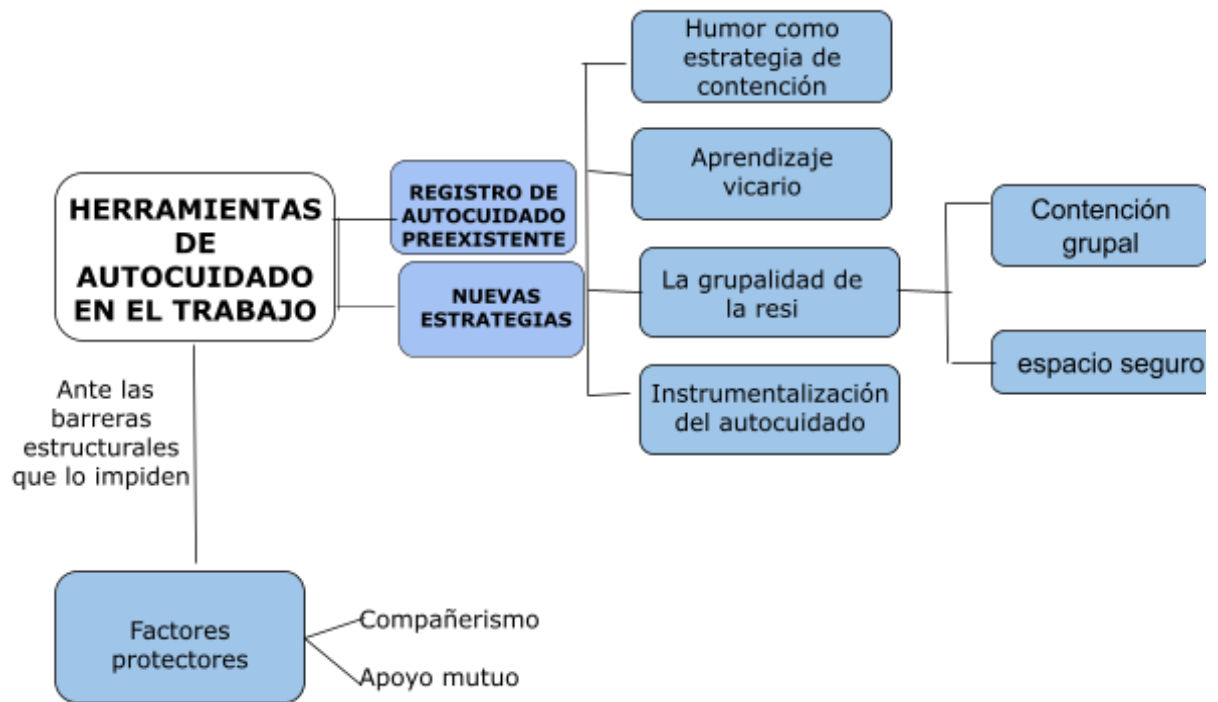


Figura 2: Proceso de Reconocimiento, Nombramiento y Manejo del Estrés en la vida laboral. Elaboración propia



*Figura 3: Dinámicas de cuidado en la residencia: registro del autocuidado preexistente, nuevas estrategias y factores protectores. Elaboración propia.*