



Campo, rol y perfil profesional en los residentes en Psicología y en Psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componente “recurso humano en salud mental” en el subsector público⁽¹⁾

Flavia Torricelli

Lic. en Psicología. UBA. Dra. en Psicología. UBA. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. Instituto de Investigaciones. UBA.

Resumen

El artículo subraya la necesidad de fortalecer las investigaciones ligadas a los recursos humanos en salud/salud mental como eje central para empezar la transformación del sistema sanitario dado que éste exige una respuesta más adecuada a los padecimientos de la población. Los resultados obtenidos forman parte de una investigación realizada con residentes (del 1° año y el 4° año) psicólogos y médicos psiquiatras de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 2003-2006 en el que se indagaron las dimensiones: profesión y año de formación. Los aspectos explorados se centraron en las representaciones sobre el perfil, rol, campo profesional, expectativas y las prácticas llevadas a cabo en la residencia y adscripciones teóricas. **Metodología:** Se utilizó un diseño cualitativo de tipo descriptivo-analítico. Se entrevistaron 32 residentes, 16 de cada profesión. Para el procesamiento de la información se construyeron matrices de datos y se utilizaron estrategias de categorización – del análisis temático- y estrategias de contextualización. **Resultados:**

Los resultados más destacables se sitúan respecto de la percepción acerca del hospital público que aparece como desjerarquizado, la inclusión de la interdisciplina como un modo de trabajo no valorizado. Se hallaron diferencias especialmente en las representaciones ligadas al rol profesional entre los residentes de psicología y de psiquiatría, no así entre los residentes de primero y los de cuarto.

Palabras clave

Residentes psicólogos y médicos – Formación – Recurso humano en salud

Abstract

The article emphasizes the need to strengthen research connected to human resources in health/mental health as a central axis to begin with a transformation of the sanitary system, given that it demands a more adequate response to the pathologies presented

by the population. Obtained results are part of a research study carried out between 2003 and 2006. The informants were (1st and 4th year) residents, psychologists and psychiatrists, of the City of Buenos Aires. The variables investigated are profession and training year. Aspects explored centered on representations on profile, role, professional field, expectations and residency practice as well as the theoretical framework of the practice. **Methodology:** The study followed an analytical-descriptive qualitative design. Thirty two residents were interviewed, sixteen from each professional background. They were divided according to the year of residency. Data matrixes were constructed for data analysis. The used strategies included strategies of categorization —theme analysis— and strategies of contextualization. **Results:** The most significant results relate to professional background and not to training years. A weakening of public hospitals and interdisciplinary work was noted. The persistence of stereotypes connected to the professional role was observed.

Key words

Resident psychologists and physicians – Training – Human resources in health.

Introducción

Distintos documentos han señalado la disparidad entre los recursos asignados a la investigación en salud y las necesidades de la población de los países menos desarrollados. Una estimación realizada en 1990 indicó que menos del 10% de los recursos de investigación de salud globales se aplicaban a los problemas de salud que realmente aquejaban a los países en desarrollo, aunque éstos a la vez representaban el 90% de los problemas de salud del mundo. Este problema, denominado el “desequilibrio 10/90”, ha instado –con diversos resultados- a reorientar la agenda de la política de investigación en salud hacia los problemas de salud prioritarios de las poblaciones, especialmente cuando se trata de recursos públicos (WHO, 2008, 2009).

Cabe señalar que entre los problemas a los que se hacen alusión en los países denominados en vías de desarrollo –entre los que se encuentra la Argentina– están aquellos ligados a los principios que deben garantizar la equidad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Basándose en estas premisas, el sistema de salud estaría en condiciones de ir pudiendo dar respuesta a algunas de sus problemáticas más acuciantes. Para ello, los organismos internacionales enfatizan la necesidad de crear sistemas sanitarios de calidad centrados en la Atención Primaria de la Salud manteniendo un equilibrio entre las actividades de promoción y prevención y, las intervenciones cu-

rativas propiamente dichas. En uno de los documentos de la OMS (2008), los responsables de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud señalan muy especialmente que las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen como los determinantes de la salud a la hora de contribuir a desterrar la inequidad –en general y sanitaria en particular-. Dentro de este esquema de determinantes sociales están incluidas las posibilidades del propio sistema de salud de brindar cuidado y atención a quienes lo requieran. *“Una distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, (...) y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país”* (OMS, 2008: 4).

En ese sentido conceptualizar los procesos de salud-enfermedad-cuidado como un todo complejo promueve la puesta en marcha de un modelo que considere todo el espectro de determinantes sociales incluidos en el análisis de la respuesta brindada. Esto incluye tanto las premisas sobre las que debe funcionar el sistema de salud, como los recursos que allí se desempeñan y las prácticas que allí tienen lugar. En ese triptico uno de los factores esenciales es el ligado al propio recurso humano, el equipo técnico/ profesional. Al ser este factor, esencial en los procesos de ejecución y de cambio se vuelven a su vez más necesarias las investigaciones que jerarquizan y analizan este componente.

En el presente escrito se presentan algunos de los resultados de una investigación que ha tomado como eje de estudio a los residentes en psicología y psiquiatría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los años 2003 y 2006. Los residentes pueden considerarse el colectivo humano en quienes se concentra gran parte de la atención en materia de salud mental en el subsector público en el área metropolitana de Buenos Aires (Agrest, 1994; Agrest, Arin, Greco, Nemirovsky, Vainer, 1998; Agrest y Nemirovsky, 1998). Ellos son un recurso humano –remunerado y en formación– que proporcionalmente permanece por su contrato de tiempo completo una significativa cantidad de horas en los hospitales⁽²⁾. Este grupo además posee la doble característica de ser recién graduado de la Universidad y a la vez estar construyendo su identidad profesional en servicio. Estos resultados describen y comparten algunas conclusiones que pueden ser de utilidad para la formación del residente psicólogo y psiquiatra en el campo de la salud mental, a la vez que destacan la importancia de poner en el centro de la investigación en salud al recurso humano en formación.

La producción de evidencia científica –en especial dentro del campo de la salud pública desde la perspec-

tiva de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud- brinda también la posibilidad que puedan hacerse efectivas ciertas intervenciones sanitarias que son necesarias para el sistema. La posibilidad de explorar e indagar la dimensión “recurso humano en salud” – en lo que se refiere a sus prácticas- amplía por un lado la dicotomía “usuario vs efector”, por una visión que ahonde en los aspectos vinculares entre sujetos y los servicios reubicando el tema del acceso en salud en un espacio de interrelación compleja que incluye las necesidades de los usuarios, las respuestas dadas desde el sistema de salud a tales necesidades y la vincularidad entre ambos donde se debe tener en cuenta la confluencia de lo multidimensional que se produce en ese interjuego (Stolkiner, Comes, Parenti, Solitario, Unamuno, 2003; Faraone et. al., 2011).

Campo, roles y prácticas

Para el desglose de la vincularidad entre “usuarios y sistema de salud” considero resulta cabal introducirse en la temática de la “práctica” y el “rol profesional”. Dicho tópico sugiere adentrarse por un lado en el análisis de las incumbencias profesionales, más allá del marco normativo que las delimita, las competencias esperadas, las habilidades con las que cuentan los profesionales –provistas éstas, a su vez- por sus formaciones de grado y por las trayectorias profesionales que ellos mismos han delineado. Algunos autores incluyen además en este itinerario la repetición de los “modelos de trayectorias acumulativas familiares” (Jacinto, 2010).

Dentro del mismo tema sobre campo y rol profesional se incluyen también las representaciones construidas en torno a esos tópicos (Moscovici, 1998; Jodellet, 1984, 1989, 2003; Grimberg, 1993). También la capacitación en relación con la adquisición de destrezas y habilidades, aun cuando no hay un consenso sobre lo que da experticia y –en el caso específico del trabajo clínico- las representaciones sobre el trabajo clínico, en el que actúan: los modelos teórico-clínico, los modelos de terapia personal y las teorías explícitas o privadas (Bourgeois & Rechoulet, 1994; Tatossian, 1995; Gauron & Dickinson, 1969; Sandifier, Hordern, Green, 1970; Thoma & Kächele 1989; Canestri, 2002; Leibovich de Duarte, 1994, 1996a, 1996b; 2000).

Si en las investigaciones en salud mental no son interpelados los paradigmas y los instrumentos que se emplean a la luz de contextos latinoamericanos es factible incurrir en visiones descontextualizantes de la práctica. Aun en la exploración de las dimensiones clínicas en niveles “micro” debe incluirse también la perspectiva de los diagnosticadores y los propios terapeutas (Jiménez, 1999).

Al complejo multifacético recién descripto debe agregarse la articulación entre las expectativas del rol,

las posibilidades que brinda el escenario profesional y laboral y las habilidades con las que cuenta el graduado para dar respuesta a las necesidades que requiere y exige el entramado social y general en el que se inserta su práctica.

La topografía del rol y la práctica profesional constituyen un campo de estudio y análisis en el que resulta necesario observar cada uno de los componentes que lo integran. Esta necesidad se registra también en el campo de la psicoterapia en el que se requiere cada vez más de la definición de elementos claros y consensuados que aporten datos para poder llegar a conclusiones, que son imprescindibles a la hora de diseñar políticas públicas y planificar en salud/salud mental.

Dentro de la topografía (aquí de la práctica profesional) pueden rastrearse por ejemplo profundidades históricas que van revistiendo de un particular tinte al nuevo escenario. Con “nuevo escenario” me refiero a las transformaciones con impactos disímiles que vienen registrándose en nuestro país en materia de salud mental (Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires/1996, la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Nro. 153; la Ley de Salud Mental Nro. 448/2000 y diversas adscripciones a pactos internacionales ligados a la salud/salud mental).

En las prácticas en salud/salud mental podrían también vislumbrarse diferentes corrientes a veces paradójales, a veces en tensión, o a veces en complacencia con modos en apariencia pertenecientes a otros tiempos, contextos, realidades o paradigmas.

En ese sentido Bourdieu, (1991, 1995) –al referirse al “campo” y a los actores- enfatiza cómo éstos construyen las tramas en las que intervienen las políticas públicas, las historias colectivas, los recorridos personales y distintas estrategias de reproducción social, encaminadas tanto a conservar, como a reconvertir, acumular, y transformar el patrimonio cultural, social o simbólico inicial de cada sujeto. En él se puede contemplar la herencia del pasado, las formas sociales en el que ese pasado es reproducido, apropiado, desplazado y configurado tanto en las interacciones de la vida cotidiana, como en las prácticas en salud.

Las prácticas son entonces el campo de cruce de discursos y acciones que necesitan de una reflexión crítica que no siempre tiene el suficiente lugar en los espacios en las que ellas se despliegan. Por eso investigarlas se vuelve una tarea más que imprescindible.

Formación de grado en psicólogos y médicos

Para comenzar a entender las prácticas de los profesionales de la salud mental, en este caso de los psi-

cólogos y los médicos que se especializan en psiquiatría resulta pertinente remitirnos a sus formaciones de grado. A partir de investigaciones llevadas a cabo por García (2009) analizando los informes de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAP-SI) –tarea que había sido llevada a cabo previamente por Courel y Talak, (2001)- el autor señala que hay escasa inclusión de prácticas profesionales extra aúlicas en el grado y una casi nula incorporación a las enseñanzas impartidas de conocimientos sobre las realidades locales. A ello suma la existencia de campos de desempeño (sanitario, comunitario, educacional, etc.) que quedan vacantes a favor de un perfil notoriamente clínico. En la misma línea, Castro Solano (2004) encontró que la imagen del graduado psicólogo está asociada con un profesional en el que prima la formación académica relacionada con el campo de la psicología clínica, en detrimento de otros campos y especialidades. Este autor ha destacado especialmente que existe como “*carencia básica la desconexión entre teoría y práctica profesional*” que aparece deslindada de las problemáticas sociales existentes tomando como referencia el análisis de los planes de estudio (Castro Solano, 2004:121).

Este panorama no es exclusivo de los psicólogos, en el caso de los médicos la situación es similar aunque en otro sentido. Según Ferro (2009) la formación del médico no escapa al paradigma asistencial y biologicista concebido desde una epistemología clásica. Basado también en un modelo escolar que se pronuncia a favor de la adquisición de habilidades técnicas específicas desde una “*racionalidad técnica*” que deja de lado la transmisión de una práctica inmersa en una realidad multifacética y compleja.

Con ese marco formativo de grado, los médicos llegan y buscan hacer la residencia como una forma de acceder a un título de especialista tal como lo señala Yanco (2009), ex coordinadora en la Dirección de Capacitación de Residencias la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que en los psicólogos embarcarse en la residencia es la búsqueda de una práctica clínica.

En la Argentina, el campo de la salud mental, y dentro de éste la práctica de la psicoterapia, constituye un fenómeno inserto social y culturalmente, desde hace varias décadas. Dicha práctica que tiene por protagonistas tanto a médicos como psicólogos exige un entrenamiento específico, para poder dar una respuesta terapéutica adecuada al padecimiento psíquico de la población. La residencia constituye uno de los modos privilegiados de capacitación.

Si consideramos además que es en las nuevas generaciones de egresados en quienes se deposita la alternativa de cambio, es sobre quienes debe prestarse una particular atención, por constituir un grupo con potencial de transformación.

Residencias: un espacio de formación y de práctica

Los sistemas oficiales de residencias en salud mental (psicología y psiquiatría y psicología médica) insertos e instalados desde décadas diferentes en el ámbito público hospitalario ofrecen a médicos y psicólogos la posibilidad de una formación en salud mental. Estos sistemas constituyen durante cuatro años “*un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada*”. Dichos sistemas de capacitación se proponen entrenar a médicos y psicólogos con el fin de formar un “*recurso humano capacitado para el ámbito intra y extra hospitalario en beneficio de la comunidad (...) y se organiza en una red de capacitación en servicio*” (Programa Docente de las Residencias de Salud Mental- Psiquiatría-Psicología, 2003). Este recurso humano lleva adelante una práctica en salud mental y dentro de ella una práctica psicoterapéutica.

Es en el ámbito hospitalario que psicólogos y médicos desempeñan sus roles y prácticas profesionales en salud, en el contexto de aprendizaje propio de estas residencias, lo que a su vez impacta y atraviesa el campo de la salud mental.

A su vez, las residencias en salud mental no conforman una instancia aparte dentro del sistema sanitario, sino que se condensa en ellas la articulación de las políticas públicas y la planificación en salud mental conjuntamente con las políticas educativas.

Metodología

Los resultados presentados del trabajo con residentes médicos y psicólogos –llevado adelante durante el período 2003-2006- han sido producto de un diseño de investigación de tipo descriptivo-analítico, utilizándose una metodología cualitativa a partir de la cual se indagaron diversas dimensiones. Con una muestra intencional no probabilística formada por 32 residentes psicólogos y residentes médicos; 16 por cada residencia, 8 de primer año de la residencia y 8 de cuarto año de la residencia. Conformada por 11 varones (34,4%) y 21 mujeres (65,6%). El promedio de edad era de 28,6 años (máx: 31 años, mín: 24; (D.S.: 1,865). Veintiocho (87,5%) provenían de universidades estatales y 4 de universidades privadas (12,5%). Clasificados desde el hospital de pertenencia, 25 llevaban adelante su residencia en un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires, lo que equivale al 78,1% de la muestra y 7 en un hospital especializado de ese predio (21,9%)⁽³⁾. Del total de la muestra, 31 de los residentes llevaban adelante la residencia en forma conjunta médicos y psicólogos y un solo residente trabajaba por separado⁽⁴⁾.

Materiales y Procedimientos: Todos los residentes fueron entrevistados de manera individual. Se acudió para poder acceder a la población de residentes a las reuniones de jefatura de los residentes de psicología y psiquiatría del área metropolitana de Buenos Aires. Se confeccionó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas referidas al rol, expectativas cumplidas o por cumplir, motivación para elegir hacer una residencia; la definición de campo profesional propio y del otro –psicólogo y médico- a los fines de explorar las percepciones que cada uno tiene sobre el rol propio y el del otro; las fortalezas y debilidades en su capacitación para llevarlo a cabo y las patologías tratables por psicólogos y por médicos. Se indagó también las actividades realizadas en la residencia, al marco teórico clínico con el que se identificaban, autores con los que se formaban y consideraban más influyentes en su práctica en la residencia. Otros puntos fueron: a) la suficiencia de marco teórico elegido para desempeñar dichas tareas en la residencia b) las edades de los pacientes que prefieren atender.

Se utilizó un listado de autores que influyen en la práctica clínica, basado en la “lista de autores” (Leibovich de Duarte, 1998). A partir de un total de 37 autores, se indagó el nivel de influencia de los mismos en la práctica mediante una escala tipo likert de 5 puntos.

Para el análisis de las respuestas dadas por los residentes se construyeron matrices de datos, y se utilizaron estrategias de categorización –del análisis temático- y estrategias de contextualización, para poder procesar la información recabada a partir de considerar cómo se contextúan y qué ideas se asocian a los distintos grupos de profesionales estudiados.

Resultados y Discusión

Las diferencias más significativas se ubicaron en relación a la indagación de la dimensión profesión de origen de los residentes, no así sobre respecto del año de formación de los mismos.

Los residentes adscribieron mayoritariamente, independientemente del año de formación en el que se encontraban, a un marco teórico psicoanalítico. Desglosando el grupo de médicos en éstos la opción de marco teórico-clínico fue específicamente la psiquiatría biológica. Esta adscripción estuvo presente inclusive desde el primer año de la residencia (e inclusive desde el grado) ⁽⁵⁾.

La mayoría de los residentes admitió la insuficiencia del propio marco teórico para desempeñar todas las actividades clínicas de la residencia y refería acudir a otros recursos teórico-técnicos pertenecientes a esquemas referenciales distintos al propio. Algunos de los residentes médicos y psicólogos refirieron acudir a la psicoterapia “cognitiva”, además los residentes médicos agregaron que acudían al “psicoanálisis” y los re-

sidentes psicólogos mencionaron además “la psicoterapia sistémica”.

Si bien admitían la insuficiencia del propio marco teórico para llevar a cabo todas las actividades clínicas de la residencia, había un esquema referencial teórico clínico-ya definido de entrada como propio. Tal elección no parecía ser el producto de una decantación posterior al conocimiento sino una elección apriorística ⁽⁶⁾.

Respecto de los resultados referidos a los autores de influencia en la práctica clínica cotidiana, los residentes –tanto médicos como psicólogos- han señalado a los autores del psicoanálisis como los más influyentes, en especial, Sigmund Freud. Este dato ha puesto en evidencia el predominio de la teoría psicoanalítica elegida como marco teórico clínico de referencia por la mayoría de los residentes, en especial los psicólogos. En cuanto a los médicos, si bien el predominio de la teoría psicoanalítica existe, hemos encontrado también una tendencia a identificarse y preferir la línea de la psiquiatría biológica. Este último dato resulta novedoso respecto de los relevamientos realizados con residentes de salud mental del área metropolitana en la que el predominio teórico-clínico estaba exclusivamente centrado en los autores psicoanalíticos (Agrest, 1994). Además de los autores incluidos en el listado hubo una tendencia a agregar y mencionar como autores influyentes a los “supervisores” y “docentes” de la residencia, quienes en su mayoría no tenían inserción en el ámbito público.

Los residentes informaron dedicar una mayor cantidad de tiempo dentro de las actividades clínicas que tienen lugar en sus residencias –independientemente del año de residencia en el que se encontraban- a la “psicoterapia individual con adultos” realizada en los consultorios externos. Los tratamientos “grupales” y de “familia y pareja” fueron escasamente mencionados. La psicoterapia con “niños” estaba en manos, casi específicamente, de residentes psicólogos. La atención a “adultos mayores” fue mínimamente señalada por los residentes. Los residentes –independientemente de su profesión de origen y del año de residencia que cursaban- refirieron preferir atender a pacientes “adultos” en primera instancia y en segundo lugar a pacientes “adolescentes”. Y dentro de las prácticas en salud, fueron escasamente señaladas las actividades de “prevención y promoción”, “trabajo interdisciplinario / intersectorial o en redes”, o problemáticas tales como: “adicciones y alcoholismo”. Sin embargo –cabe destacarse- que la rotación por “experiencias del primer nivel de atención” forma parte del programa de las residencias.

Si a ello se suma la falta de “práctica terapéutica grupal”, de “tratamientos de pareja y de familia” se podría señalar la limitación notoria de los dispositivos terapéuticos de atención al plano específico de lo individual y la exclusión de diferentes posibles abor-

dajes terapéuticos. Esta tendencia puede guardar relación con la impronta universitaria que desde el grado también favorece la atención individual, y con el modelo de consultorio privado que parece seguir prevaleciendo en la representación de los psicólogos y médicos residentes.

Ante el avance de las patologías psicosociales y a pesar de las advertencias –por parte de los organismos internacionales– de la necesidad del trabajo con las comunidades, estas problemáticas tienden a seguir invisibilizadas y los dispositivos de atención que se ofrecen a la población siguen la tendencia de centrarse en la asistencia individual o en el plano singular-subjetivo (Barcala, Torricelli, Alvarez Zunino, Bianchi, Ynoub, 2003).

Otro de los temas que reviste interés ha sido la escasa predilección en la atención y acotada práctica de los residentes respecto de la población de adultos mayores, a pesar del aumento de longevidad de la población general y de los requerimientos que esa condición plantea, no fue ésta una opción elegida por los residentes.

El trabajo interdisciplinario, uno de los pilares del trabajo hospitalario fue escasamente mencionado en las distintas respuestas acerca de las motivaciones, expectativas y sobre la indagación del rol profesional en la residencia por los residentes independientemente de su profesión de origen y año de residencia que cursaban. Un grupo de residentes refirió tener como expectativa que el hospital fuera una *“vía de capacitación clínica para su posterior inserción en el subsector privado”*. El *“hospital”* parece ser para la mayoría de los residentes, tal como lo han demostrado muchas de las respuestas que describían la representación del rol profesional en la residencia, como un contexto ausente y vivido como un *“lugar de tránsito”* a otra práctica clínica. A pesar de ser el ámbito de desempeño y capacitación por cuatro años, hubo una desjerarquización del ámbito público. Este aspecto de no reconocimiento y desvalorización del contexto mantiene fuertes puntos de contacto con algunos de los resultados hallados por Díaz Arana (2006) en una investigación realizada con los profesionales de salud mental que trabajaban en el primer nivel de atención, acerca del conocimiento y manejo de los postulados de la Ley de Salud Mental 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). Dicha ley que garantiza el derecho a la salud mental y determina la creación y fortalecimiento de prácticas y estrategias para la efectivización de dicho cumplimiento, constituyó en su momento un avance legal significativo. Sin embargo, la autora halló en ese colectivo de profesionales cierto desconocimiento de los postulados de la ley, aun desempeñando su actividad en los centros de salud; nivel que a su vez es enfatizado por dichos postulados, así como también la APS y el trabajo comunitario.

A partir de las respuestas de los residentes puede señalarse que la residencia parece ser una etapa en la que predomina la necesidad de capacitarse y de construir un rol profesional y de la consecuente constitución de la identidad profesional. En este proceso la idea de *“dar asistencia y ayudar a un paciente”* no resultó predominante, tomando así la capacitación un sesgo ligado a lo formativo volcado sobre sí mismo. Cuando se indagó la percepción que los entrevistados médicos tenían sobre sus colegas psicólogos, estos últimos eran vistos como *“preparados en materia de psicoterapia”* pero muy *“casados con las teorías”* y sin tener *“manejo hospitalario ni de la urgencia”* y *“dedicados a patologías leves y niños”*, *“adentro de la residencia, y sin caminar los pasillos del hospital”*.

Mientras que los residentes médicos eran vistos por los residentes psicólogos como preparados para la *“enfermedad orgánica”* pero *“sin herramientas para la práctica psicoterapéutica”*, *“sin saber qué hacer cuando no hay una medicación de por medio”*, y particularmente *“sin manejo de lo familiar y social”*. Los perfiles profesionales de psicólogos y médicos –que surgieron de los resultados de esta investigación– parecen evidenciar sesgos diferenciales a pesar de realizar un trabajo conjunto.

Las descripciones basadas en las percepciones que aportaron los residentes médicos sobre los residentes psicólogos y viceversa, resultan compatibles con las caracterizaciones profesionales que han hecho autores en la década de los ochenta en los Estados Unidos, o en los noventa en un contexto latinoamericano (Kingsbury, 1987; Garb, 1989; Pingitore, 2002; Manzi, 1995).

Conclusiones

Las residencias son dispositivos de capacitación de cabal importancia para la formación clínica, en especial si se considera la etapa vital en la que estas tienen lugar y el corpus de incorporación de conocimientos y prácticas; ambos sentando las bases para una identidad profesional. El programa de residencias en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires plantea desde el inicio la posibilidad de capacitarse dentro de un programa común de formación en salud mental- y propone un entrenamiento articulado, a la vez que respeta las diferencias profesionales y no las diluye.

A partir de los resultados expuestos es posible detectar ciertas dificultades al inicio de la residencia hospitalaria que experimentan psicólogos y médicos que tienen su etiología en las formaciones de grado y en la concepción de *“profesionales”* que las universidades se proponen construir. Ellas no son las mismas para el grupo de residentes psicólogos que para el grupo de residentes médicos. Para los psicólogos que salen de su Facultad con un bagaje de lecturas teóricas, las dificultades se presentan cuando llegan al ámbito hos-

pitalario con el que están escasamente familiarizados y al encuentro con pacientes, con los que han tenido poco contacto durante su formación universitaria. Por su lado los médicos, que provienen de una facultad en la que han incorporado conocimientos de la medicina general y de sus distintas especialidades –de manera global y sin particularizar en ninguna de ellas, llegan a la residencia sin contar con las herramientas necesarias para poder abordar y dar respuesta el padecimiento psíquico. En ambos puede notarse además que su práctica –en el campo de la salud mental- se presenta mayoritariamente divorciada y descontextualizada de los padecimientos y las problemáticas que se presentan en el subsector público y de las necesidades de la población a la cual brindar cuidado. Los procesos de salud-enfermedad-cuidado parecen no percibirse aún desde una perspectiva de la “complejidad”, donde el eje predominante sea el interdisciplinario e intersectorial traspasando los límites del abordaje del saber propio, y dejando de lado el sesgo meramente individual y asistencial. Este proceso supone superar la mirada dicotómica (salud/enfermedad; efector/paciente; enfermedad/curación; asistencia /prevención).

La persistencia del sesgo individual empaña además el despliegue de una perspectiva integral, necesaria para que las respuestas a los problemas psicosociales no se centren exclusivamente en el campo individual y en lo patológico. En esa persistencia se excluye el análisis de los factores ligados al contexto y las causas sociales necesarias a considerar para la producción de respuestas adecuadas que el sistema de salud debe brindar. Dicho cuadro de situación también pudo verificarse –en el subsector público- en algunos grupos profesionales que trabajaban con niños/as con patología grave y en situaciones de vulnerabilidad psicosocial (Luciani Conde y Barcala, 2008).

Dentro de la residencia pudo comprobarse que los que inician su formación se identifican con alguna línea teórica, especialmente la psicoanalítica, ya desde el comienzo mismo de la capacitación. La prevalencia de la idea de “formación” asociada a la representación del rol profesional tanto en médicos como en psicólogos, hace concebir la residencia como un momento particular de constitución de la identidad profesional. En este punto, dicha configuración aparece de algún modo cerrada desde el inicio de la residencia, siendo ésta –sin embargo- una etapa privilegiada para la incorporación y conocimiento de herramientas, considerando el grupo etario en el que se ubican los residentes. En una investigación llevada a cabo con estudiantes universitarios de la carrera de psicología, Lodieu y Scaglia (2006) hallaron identidades adquiridas con cierta fijeza ya en la formación de grado.

Si bien médicos y psicólogos realizan actividades clínicas conjuntas, existe una persistencia de estereotipos de rol que conserva aspectos *clichés*; solo en esca-

sas respuestas había un conocimiento recíproco esclarecido y fundado en experiencias compartidas ⁽⁷⁾. En esos casos la incorporación –en esa etapa trascendental de la formación de psicólogos y médicos- del trabajo compartido puede dar bases concretas para un verdadero trabajo con otros.

Con excepción de experiencias, dispositivos y programas ligados al primer nivel de atención que trabajen con premisas de prácticas integrales y territorializadas y en confluencia con los avances legislativos que han venido registrándose, la organización actual del sistema de salud aún continúa centrando su actividad en el segundo nivel de atención y en la actividad asistencial. Ésta ocupa un porcentaje notoriamente superior respecto de la promoción, prevención y la rehabilitación. En el periodo explorado, dicho fenómeno se refleja también en las actividades llevadas a cabo en las residencias y en la formación universitaria. En ese punto los residentes son una expresión del funcionamiento sanitario más general. A ello hay que sumar también la fuerza de las identificaciones y adscripciones a profesionales psicólogos y médicos *seniors* que se desempeñan en el subsector privado bajo el ejercicio liberal de la profesión, constituyendo modelos a alcanzar.

Desde distintos planos se reproduce entonces un campo profesional y una práctica que se asienta en huellas propias de lo instituido y que tienden a filtrar lo innovador o las transformaciones y los procesos de cambio que siguen una lógica diferencial y exigen una interrogación crítica. La emergencia de lo nuevo (por ejemplo, nuevas legislaciones) o de aquello que interpela los saberes previamente adquiridos (contextos y problemáticas psicosociales que resulten acuciantes) puede disparar o bien respuestas invisibilizantes o desconocedoras de lo perturbador y tender a reproducir saberes que no entren en conflicto con lo ya conocido. Esas respuestas pueden poner en primer plano las preferencias e intereses individuales por encima de las problemáticas y necesidades prevalentes en el ámbito público al cual se le debe dar una respuesta más adecuada a su sufrimiento.

Para ello considero útil tomar la metáfora del “pentimento” nacido dentro del arte, tal como lo toma Amarasingham Rhodes (1995) desde la etnopsiquiatría para analizar los fenómenos que han tenido lugar en las prácticas médicas. Este concepto ha sido usado para describir el arte de los pintores del renacimiento europeo quienes volvían a pintar sobre los mismos lienzos una y otra vez. Por este fenómeno de capa sobre capa podían vislumbrarse trazos de pinturas, colores y ambientes, elementos anteriores diferentes y descollantes dentro de las nuevas escenas pintadas. Esos elementos podían no tener entidad en la nueva obra, sino solo como rastros a reconstruir, pero constituyen verdaderas capas inferiores que salen a la luz, de modos imprevistos.

Con respecto a las prácticas en salud de los residentes, aún cuando las escenas son otras, y la realidad es diferente o más compleja, las respuestas a veces continúan siendo las mismas, aunque cambien los dispositivos por los que se rote o las problemáticas a las que se deba responder. En ese sentido, las reformas legales que atañen a salud mental (ley 26.657/2010) constituyen un avance sobre el cual, por un lado se debe seguir profundizando y perfeccionando y por otro, un punto a ser incluido en las nuevas escenas. Para ello correspondería que formase parte del contexto de enseñanza y de transmisión tanto en la universidad como en la especialización.

La búsqueda de lo que se reproduce y de esos trazos anteriores –en la transmisión y en la formación en salud/salud mental- debería ser el puntapié para trabajar los diferentes grados de tensión entre los modelos de rol y las trayectorias profesionales imaginadas, las contradicciones existentes, la adecuación y las creencias a las nuevas realidades. Pensar y ajustar el propio rol desde una perspectiva integral incluyéndose y reconociéndose primero como un componente activo y luego como un saber más entre otros brinda la posibilidad de construir una respuesta que contribuya notablemente a transformar la propia práctica.

Los profesionales noveles son potencialmente agentes de cambio si pueden trabajar y reflexionar sobre sus prácticas profesionales, para lo cual sería conveniente que pudiesen recibir en su transmisión de conocimientos y prácticas las herramientas para poder indagar sobre las huellas que los anteceden. En esa misma trayectoria con dirección a lo actual incluir también los avatares y los procesos de reforma jurídica, el ámbito socio histórico específico en el que se encuentran y en una instancia de asimilación de lo nuevo asumir que los escenarios de desempeño de rol son dinámicos y conflictivos. Esta asunción requiere de conocimientos, aprendizajes y de cambios de paradigmas que quienes están a cargo de su formación no pueden dejar de proveerles. El presente lejos de ser una amenaza es un desafío a aprender y transformar.

Notas finales

1. El presente artículo forma parte de los resultados expuestos en la Tesis de Doctorado de la autora: "Residentes en psicología clínica y en psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas". (Facultad de Psicología, UBA; 2007). Dicha tesis fue dirigida por la Prof. Dra. Adela Leibovich de Duarte. La investigación contó con una beca de Doctorado otorgada por la Universidad de Buenos Aires.
2. Contrato de 40hs semanales más guardias.

3. Denomino 'hospital especializado' a aquellos hospitales que se especializan o bien en niños o en emergencias psiquiátricas o en hospitales monovalentes.
4. Compartiendo espacios clínicos (pases de guardia, ateneos, supervisiones) y teóricos (cursos de capacitación) y solo 1 residente realizaba su residencia en forma separada.
5. Los residentes de 1er. año fueron entrevistados durante el primer mes de ingreso a la residencia.
6. Cabe destacar que los residentes referían intervenir decidiendo el armado de las temáticas y elección de docentes en los programas de residencia.
7. Dato aportado por el alto número de tratamientos conjuntos llevados a cabo entre psicólogos y médicos explorado por la presente investigación.

Referencias bibliográficas

- Agrest, M. (1994). Los residentes de salud mental en 1994. Características poblacionales y sus opiniones sobre la formación. En *Rev. Acta Psiquiat y psicol.* Am. Lat, 41 (3) 219-229.
- Agrest, M.; Arín, C.; Greco, C.; Nemirovsky, M.; Vainer, A (1998). Perfil profesional de los ex residentes de salud mental. En *Rev. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. VIII N°30. 278-288.
- Agrest, M. y Nemirovsky M. (1998). Los residentes de Salud Mental. En *Rev. Clepios*, 1998, Vol IV N° 1, 15-18.
- Amarasingham Rhodes, Lorna (1995). *Empty beds. The work of an emergency psychiatric Unit*, EEUU: University of California Press.
- Barcala, A.; Torricelli, F.; Alvarez Zunino, P.; Bianchi, V.; Ynoub, R. (2003). Niños con trastornos psicopatológicos graves. Representaciones sociales de los profesionales de la salud mental que trabajan en los Servicios de Salud pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En *Primeras Jornadas sobre Representaciones Sociales. Investigación y Prácticas*. Universidad de Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1995). *Las reglas del arte: Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama, 384p.
- Bourgeois, M. & Rechoulet, D. (1994). Los primeros minutos: Primer contacto y rapidez diagnóstica en psiquiatría. En Pichot, P. y Rein, W. (1995) *El Abordaje Clínico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Pólemos, 1° edición (37-50).
- Canestri, J. European Psychoanalytical Federation (2002, consultada 12/12/2002). Mapping implicit (private) theories in clinical practice: The grid. E.P.F. Bulletin Articles. Disponible en [http:// www.epf-eu.org/](http://www.epf-eu.org/)

- Castro Solano, A. (2004). Las Competencias Profesionales del Psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. En Revista *Interdisciplinaria*, 21, 2, 117-152.
- Courel, R. & Talak, A. M. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina. En Toro, J.P. y Villegas, J. R. (Edit.) *Los problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. Argentina: JVE Ediciones.
- Díaz Arana, F. (2006). Los trabajadores de la Salud Mental de los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la Nueva Ley 448. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud. Flacso/Cedes.
- Faraone, S.; Geller, Y.; Mendez, M. J.; Rosendo, E.; Torricelli, F.; Valero, A. (2011). Accesibilidad y derechos humanos en salud mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego. *Salud Investiga / MNSAL*.
- Ferro, R. O. (2009). Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad. En: *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Rodríguez, Malvarez, González y Levav. (Edits). Washington: OPS.
- Garb, H. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. En *Psychological Bulletin*, 105, 3, 387-396.
- García, L. (2009). La disciplina que no es: los déficit en la formación del psicólogo argentino. En Revista *Pciencia*, Volumen 1, Número 2, Octubre.
- Gauron, E. F.; Dickinson, J.K. (1969). The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 126, 199-205.
- Grimberg, M. (1993). Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico. *Programa de antropología y salud*. Buenos Aires: I.C.A. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Jacinto, C. (2010). *La construcción social de las trayectorias laborales de jóvenes: políticas, instituciones, dispositivos y subjetividades*. Buenos Aires: Teseo-Ides.
- Jiménez, J. (1995). El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En Defey, D.; Elizadlde, J.H.; Rivera, J. (comp.) (1995). *Psicoterapia Focal. Intervenciones Psicoanalíticas de Objetivos y Tiempos Definidos*, Uruguay: Roca Viva Editorial, 19-43.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (1985). *Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós. Tomo II. Cap 13. (469-494).
- Jodelet, D. (1989). Représentations Sociales: un domaine en expansion. En Jodelet, D. (ed). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (2003). Seminario de Memoria. Centro Franco Argentino. Universidad de Buenos Aires.
- Kingsbury, S. (1987). Cognitive differences between Clinical Psychologist and Psychiatrists. *J. American Psychologist Association*. Vol 42 (2):152-157.
- Leibovich de Duarte, A. (1994). Inferencia clínica y Psicoterapia. Presentado en el *III Foro sobre Investigación en Psicoterapia*. Buenos Aires, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Aiglé, pág 2.
- Leibovich de Duarte, A. (1996a). Diferencias individuales en el proceso inferencial clínico. En *Anuario de Investigaciones*, 4, 249-261. Fac. de Psicología, UBA.
- Leibovich de Duarte, A. (1996b). Variaciones entre Psicoanalistas en el Proceso Inferencial Clínico. En *Revista del Instituto de Investigaciones*. Facultad de Psicología, UBA. 1 (1) 27-38.
- Leibovich de Duarte, A. (1998). Listado de Autores. Proyecto UBACyT P049.
- Leibovich de Duarte, A. (2000). Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Rev. de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. N° 3, 97-114.
- Lodieu, M.T.; Scaglia, H. (2006). La identidad profesional del psicólogo. En *Diagnosis*. Publicación Científica de Fundación Prosam. N°3, 55-62.
- Luciani Conde, L.; Barcala, A. (Org.) (2008). *Derechos en la niñez. Políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Manzi, J. (1995). Percepción de Roles profesionales de la Salud Mental en Chile. En Jiménez, J. P.; Buguñá, C.; Belmar, A. (comp) (1995). *Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados*. 1993-1994. Chile: SPR Corporación Universitaria, 71-87.
- Moscovici, S. (1998). En Castorina, J. (comp). (2002). *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Resumen Analítico del Informe final: *Subsanar las desigualdades en una generación*. Disponible en http://www.who.int/social_determinants.
- Pingitore, D. (2002). Comparison of psychiatrists and psychologists in clinical practice. En *Psychiatric Services*. Vol 53(8): 977-983.
- Programa Docente de las Residencias de Salud Mental- Psiquiatría-Psicología (2003). Dirección de Capacitación y Desarrollo, de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Sandifer, M.; Hordern A.; Green, L. M. (1970). The psychiatric Interview: the impact of the first three Minutes. *Am. J.Psychiat.*, 126, 968-973.
- Stolkiner A.; Comes, Y.; Parenti, M.; Solitario R.; Unamuno, P. (2003). Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense/ M.P.

Serie *Seminarios en Salud y política pública*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Seminario Junio. Buenos Aires.

- Tatossian, A. (1995). El problema del diagnóstico en la clínica psiquiátrica. En Pichot, P.& Rein, W. (1995). *El Abordaje Clínico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Polemos, 1° edición. Tomo 2.
 - Thoma, H. & Kachele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Herder. Tomo II.
 - Yanco, D. (2009). La formación profesional en clínica en el sistema de salud dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Una problemática interinstitucional. Presentación en el Simposio de Prácticas Profesionales organizado por la Facultad de Psicología UBA en el Primer Congreso Internacional de Pedagogía Universitaria de la UBA.
 - World Health Organization (2008 accessed Dec 18). Bamako Call for Action on Research for Health. Strengthening research for health, development, and equity. Nov 17–19, 2008. <http://www.tropika.net/specials/bamako2008/call-foraction/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.doc>.
 - World Health Organization (2009). Bamako Global Ministerial Forum on Research Health. Who's role and responsibilities in health research. January, 6, 2009.
-