

La formación de posgrado en Salud Mental

El caso de las residencias hospitalarias de psicología y psiquiatría como sistemas de formación.

Flavia Torricelli

Lic. en Psicología y Dra. en Psicología (Facultad de Psicología UBA). Docente e Investigadora (Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Psicología (UBA).

flvtorri@gmail.com

Silvia Faraone

Lic. en Trabajo Social. Dra. en Ciencias Sociales. Investigadora y docente titular de la materia Problemáticas en Salud Mental en la Argentina. Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Profesora del Doctorado de Salud Mental Comunitaria, UNLa.

silfaraone@gmail.com

Resumen

Resulta fundamental el rol de la formación de los profesionales de salud a la hora de transformar de manera integral las prácticas. Los diversos postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 enfatizan la necesidad de revisar los saberes profesionales del campo de la salud mental promoviendo espacios de capacitación. Para tal efecto analizamos la formación de posgrado en servicio a través de las residencias de Psicología y Psiquiatría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se tomaron 20 entrevistas a residentes, instructores y jefes de residentes de hospitales públicos de la CABA (2016-2018). La práctica institucional está centrada en lo asistencial, particularmente en las intervenciones individuales, prevalece la perspectiva de la enfermedad y se relega lo interdisciplinario, lo comunitario y lo intersectorial. Se desvalorizan las experiencias enmarcadas en investigaciones locales. Por otro lado, la baja resolutivez frente a las necesidades de la

población se vincula con un aplanamiento del campo, y de la multidimensionalidad de las problemáticas sociosanitarias, la coagulación de identidades defensivas al no asumir las limitaciones de la propia profesión y la expansión de prácticas medicalizantes producto de no problematizar las dinámicas que atraviesan el campo.

Palabras clave: residencias - formación - interdisciplina - comunidad.

Summary: The role of training for health professionals in transforming practices in an integral way is fundamental. The various postulates of the National Mental Health Law No. 26.657 / 2010 emphasize the need to review the professional knowledges of the field of mental health by promoting training spaces. For this purpose, we analyze postgraduate training in service through the internal residences of Psychology and Psychiatry of CABA. Twenty interviews were

conducted with residents, instructors and heads of public hospital residents of the Autonomous City of Buenos Aires (CABA), (2016-2018). Institutional practice is centered on care, particularly on individual interventions, the disease perspective prevails, and the interdisciplinary, community and inter-sectorial aspects are relegated. Experiences not framed in local research are devalued. On the other hand, the low resolution against the needs of the population is linked to a flattening of the field, and to the multidimensionality of socio-sanitary problems, the coagulation of defensive identities by not assuming the limitations of the profession itself and the expansion of medicalizing practices product of not problematizing the dynamics that cross the field.

Key words: Internal Residency - training - interdisciplinary - community.

Introducción

Es imposible desvincular, en las problemáticas en salud mental, la complejidad de cómo se presenta hoy la escena sanitaria pública de los saberes profesionales. En esencia, tanto la política económico-social y sanitaria como la política educativa y la actividad académica, exigen un ensamble que articule desarrollos, perspectivas y sensibilizaciones que se orienten en una misma línea. Sólo de ese modo, y si se tiene como horizonte la disminución de la brecha y una mejora en la salud de los pueblos, puede pensarse una respuesta sanitaria adecuada. Corregir esas desigualdades es, además de una operatoria eficaz, un posicionamiento ético ineludible.

Frente a realidades en las que prevalece una falta de visión sistémica, reformas inacabadas, y fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, el descuido de la salud colectiva se vuelve cada vez más ostensible y la complejidad de las problemáticas impone nuevos modos de abordarlos.

Dentro de ese escenario hemos puesto énfasis en dos de las profesiones del campo de la salud mental, psicología y psiquiatría, y en particular en actores en formación que, con sus prácticas, producen y reproducen los sistemas de salud, constituyéndose, al mismo tiempo, tanto en fuerzas instituidas como instituyentes.

En 2010 la Organización Panamericana de la Salud lanzó para América una iniciativa para conformar el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, con el fin de fortalecer las capacidades de sus sistemas de salud, en tanto estrategia para un mejor desempeño de las funciones esenciales en el campo. Anteriormente, a finales de la década de 1990, este organismo había difundido la propuesta *La Salud Pública en las Américas* en la que se evaluaron once Funciones Esenciales de Salud Pública. Entre ellas se contó la referida al “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública”, que resultó ser la segunda más baja en desempeño.

A partir de eso se concluyó que en materia de salud pública resultan fundamentales la capacidad no ligada a una profesión o un rol determinado sino las competencias asociadas a funciones esenciales desplegadas en los ámbitos de práctica de los sistemas de salud. Dichas competencias -entendidas como saberes, conocimientos, habilidades, actitudes y valores- se ponen en movimiento en la realidad sanitaria, social y política compartida para solucionar las problemáticas en salud. Estas aptitudes se construyen, o sea que, por ende, varían espacial y temporalmente, son dialécticas y se despliegan con el fin de profundizar en una perspectiva integral en los diferentes ámbitos de práctica (Suárez Conejero *et al.*, 2013).

En 2005 la Organización Mundial de la salud (OMS) propuso el *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental* (OPS, 2013), que fue aplicado en diez provincias argentinas y, luego de esto, en 2010, la organización dio a la Argentina diez recomendaciones como guía de acción para la reforma de servicios de salud mental. Entre estas recomendaciones se incluyó el desarrollo de los recursos humanos, el establecimiento de vínculos con otros sectores -es decir, la intersectorialidad-, y el apoyo y estímulo al desarrollo de investigaciones.

En este contexto nos interesa exponer, en este artículo, los resultados de una investigación que abordó, entre sus ejes, la formación de los saberes profesionales del campo de la salud mental tomando como referencia un conjunto de elementos teóricos metodológicos, tal lo establece los diversos postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010.

Dichos postulados se basan en el enfoque de derechos, la inclusión social, la interdisciplina e intersectorialidad, y la salud pública; es decir que consolidan la declaración de los principios rectores de Brasilia y ratifican, a 20 años, la *Declaración de Caracas* a través del *Consenso de Panamá*.

Como antecedente, es importante destacar que el artículo 33 de la Ley 26.657 ha puesto la formación de

los profesionales en el centro de las estrategias para la transformación necesaria del campo de la salud mental; asimismo, remarca que la autoridad de aplicación debe realizar recomendaciones a las universidades públicas y privadas con el objetivo de que la formación de los profesionales sea acorde con los principios, políticas y dispositivos establecidos en la norma. En la misma línea también recomienda promover espacios de capacitación a nivel de los propios efectores o equipos de salud mental para poder cumplir con sus postulados.

Durante los encuentros convocados por la Comisión Nacional Interministerial de Salud Mental y Adicciones (CONISMA) realizados desde octubre de 2014 a mayo de 2015, de los cuales participó un conjunto de referentes académicos de las carreras de Enfermería, Medicina, Psicología, Trabajo Social y Derecho de universidades públicas y privadas de todo el país, se acordó como diagnóstico de situación inicial la necesidad de transformar la formación fragmentada, el reduccionismo conceptual, la tendencia medicalizadora y la falta de articulación entre las diversas profesiones intervinientes. Se ubicó la salud mental como un campo específico de conocimiento (Bourdieu, 1990; Galende, 1990) en el que convergen profesiones, teorías, tecnologías y prácticas que se integran en el proceso de atención/cuidado (Pinheiro y Ceccin, 2009; Pinheiro, Guljor y Da Silva Junior, 2007).

A su vez, esta situación reclama perentoriedad por la enorme carga que representan la problemática en salud mental creciente en el país y la distribución desigual del recurso en esta área; a esto se suma, en muchos casos, la utilización del recurso humano de modo ineficaz, que aún se desarrolla prioritariamente en instituciones monovalentes, lo que profundiza procesos de desigualdad y exclusión en el acceso.

Tal como adelantamos, nos centramos en este artículo en la formación de posgrado en servicio de las residencias de Psicología y Psiquiatría.

Metodología

Los resultados que aquí se exponen se enmarcan en la investigación realizada a partir de un proyecto UBACyT (2016-2019) titulado “Salud mental, infancias y derechos humanos” con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.

En el marco de esta investigación un objetivo central fue “describir y analizar, las transformaciones respecto de la formación de los recursos humanos en el campo de la salud mental” y es, en el marco de este objetivo, que se desarrolla este artículo.

Metodológicamente es un estudio cualitativo de tipo exploratorio, descriptivo y transversal. Se utilizaron fuentes de datos primarias y secundarias. Se realizaron 20 entrevistas a residentes, instructores y jefes de residentes de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) durante el período 2016- 2018.

Se analizaron documentos técnicos e informes de situación vinculados al encuentro de universidades, año 2015, para desarrollar contenidos en torno a la Ley 26.657. El *corpus* bibliográfico y la propia selección de entrevistados se fue definiendo en la medida que avanzaba el trabajo de campo. Mediante la técnica de bola de nieve, se incorporaron entrevistas adicionales hasta la saturación teórica del tema de estudio. Se elaboró una guía para las entrevistas, que fueron grabadas con consentimiento informado explícito de los entrevistados, documentado a través de un formulario descrito y fechado que se entregó a los involucrados garantizando los resguardos de confidencialidad de la información y anonimato (Meo y Navarro, 2009).

La investigación se encuadró dentro de los criterios y pautas de la *Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Salud* (Res. MS N° 148/2011)

Residencia: un cruce entre lo formativo y la política en salud

El sistema de residencias, que forma parte del sistema público de salud, constituye el punto de cruce entre la política educativa, la política sanitaria -particularmente aquella vinculada a la salud mental- y la práctica profesional. Consiste en un sistema de posgrado de capacitación en servicio, remunerado y a tiempo completo, con dedicación exclusiva o de integración docente asistencial (Programa de Residencias, 2003; Marco de Referencia para la formación del equipo de salud. Residencia Interdisciplinaria en salud mental, 2015); de acuerdo a esto los profesionales llevan a cabo su práctica en salud mental (Ordenanza 40997/1985).

Es pertinente esclarecer que las residencias en salud mental en la CABA tienen énfasis en la formación de psicólogos clínicos y de médicos en Psiquiatría, a diferencia de lo que fuera la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental, creada en 1985 por Vicente Galli -por entonces director nacional de Salud Mental- que incluía, además de las profesiones señaladas, las de trabajo social, enfermería y terapia ocupacional (Ferro, 1989; Galli, 1989, Faraone, 2012a, 2012b, 2013).

Las residencias forman parte del sistema público de salud conformado en la CABA por trece hospitales generales, dieciocho hospitales especializados -entre los que se ubican cuatro hospitales monovalentes de salud mental (uno de los cuales es infantojuvenil)-, y dos hospitales generales de niños. A esto se agregan dos Centros de Salud Mental y cuarenta y cuatro Centros de Salud y Acción Comunitaria. Al momento de la investigación se llevaban a cabo residencias en salud mental en catorce sedes o ámbitos de formación, como hospitales generales de agudos o monovalentes de salud mental, y centros de salud mental.

Roles y estereotipos profesionales

Si bien en la institución hospitalaria interactúan médicos que llevan adelante la especialidad en Psiquiatría y Psicología que despliegan su experiencia asistencial y comunitaria, también hay residencias vinculadas a otras profesiones, tales como Trabajo Social, Psicopedagogía, Musicoterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, que confluyen en los diferentes servicios de salud mental. Sin embargo, el título que expide la Dirección de Capacitación del Gobierno de la CABA es el de psicólogo clínico y el de psiquiatra formados en un programa interdisciplinario. A pesar de que cada sede institucional es particular, los entrevistados acotan que hay espacios

de formación y rotación donde ambas profesiones se articulan interdisciplinariamente, no relegando lo disciplinar. Aunque el Marco de Referencia señala que el 80% del tiempo se dedicará a la formación del residente en el equipo interdisciplinario de salud y el 20 % a la formación disciplinar, eso varía de acuerdo a cada sede.

Más allá de las competencias de cada una de las profesiones en juego, y de las características de cada sede hospitalaria, la práctica institucional está centrada en lo asistencial, particularmente en las intervenciones individuales.

Si bien el denominador común de los egresados universitarios en el campo de la salud mental es el trabajo de ligazón entre la práctica profesional y las problemáticas psicosociales emergentes, existen tareas específicas sujetadas a los roles de cada una de las profesiones. El trabajo de reorientación implica, en el caso de los psicólogos, una erosión sistemática de estereotipos basados en modelos teoristas, es decir centrados en conceptualizaciones o abstracciones arborescentes escindidas algunas veces de la práctica (Castro Solano, 2004; Courel y Talak, 2001). En sus investigaciones, Castro Solano exploró los planes de estudio de la carrera de Psicología y determinó que, en términos generales, tenían como carencia básica una desconexión entre la teoría y la práctica profesional, por lo que desarrollaban

un perfil profesional con insuficiente entrenamiento en procedimientos de intervención en los campos de trabajo con problemáticas y demandas sociales que se perciben alejadas de un posible abordaje.

Además, en el caso de los médicos prevalece en su formación de grado un modelo ceñido a los aspectos químicos y biológicos, y concebido desde una epistemología clásica. Aquí la perspectiva de la enfermedad y el trastorno se consolida como hegemónica y las prácticas vinculadas a dimensiones familiares, sociales y comunitarias quedan alejadas de la cotidianidad de las intervenciones y las prácticas (Yanco y Roma, 2007; Ferro, 2010; Torricelli, 2012). En la misma línea, un grupo de investigadores brasileños refiere que los trabajadores de la salud poseedores de avances técnicos actúan con un saber en ocasiones altamente especializado pero fragmentario para intervenir de forma puntual sobre el cuerpo de un individuo, desresponsabilizándose del cuidado de aquel usuario y demostrando una baja resolutividad frente a las necesidades y demandas de la salud (Terenzi Seixas *et al.*, 2016).

En el mismo sentido que el diagnóstico realizado por los representantes académicos convocados por la CONISMA (2015), lo observado en el trabajo de campo con las residencias de Psicología y Psiquiatría fue una

situación en la cual la formación de grado ya venía imbuida de un perfil predominantemente asistencial, en detrimento de aspectos privilegiados por la Ley 26.657, como son los modelos comunitarios o territoriales, y con peso en la prevención o la rehabilitación. Pero aun la exploración de lo clínico dentro de la labor asistencial en niveles micro de la subjetividad requeriría la inclusión de diversas perspectivas que tomen en cuenta los planos evolutivos, familiares, ambientales, micro y macro sociales, culturales e históricas (Jiménez, 1995), aspectos distantes en ocasiones de la práctica cotidiana del joven profesional.

Todo ello refuerza y a la vez es realimentado por las políticas públicas en salud en general y en salud mental en particular, un modelo con peso en lo asistencial y hospitalocéntrico.

El aplanamiento y la descontextualización de la complejidad

Tal como se señaló, los residentes son responsables de gran parte de la asistencia en el campo de la salud mental del sector público y llevan a cabo tareas clínicas programadas, en la urgencia y en la interconsulta. Esto supone la permanencia durante gran cantidad de horas en los hospitales y centros de salud (Torricelli, 2007).

En esas instancias, según se pudo registrar, para la realización de los diagnósticos los residentes deben utilizar -en sintonía con lo empleado en todo el subsector público- el *CIE* en su décima versión, sin embargo en la práctica se utiliza el *DSM IV*.

El manejo de los manuales diagnósticos y la consiguiente forzatura en la codificación forman parte de una instancia en la formación en salud mental. Si bien su uso es una herramienta que puede permitir llevar adelante algunas exploraciones epidemiológicas, y organizar determinadas políticas en salud, puede también precipitar hacia un profundo apego por los procedimientos estandarizados, promover un estilo escolar (Gauron y Dickinson, 1966) y aplanar la perspectiva clínica desde la cual actuar sobre la complejidad.

Con el apego por la codificación no sólo quedan por fuera las complejidades que se presentan en el campo, sino que tampoco se pueden construir una diversidad de respuestas terapéuticas necesarias y contextualizadas socio-culturalmente de las problemáticas en salud mental. Si bien autores estadounidenses refieren que el uso de los manuales en psicoterapia fue una moda en los años sesenta (Beutler, Machado y Neufeldt, 1994), advierten sobre el peligro de la manualización como ejemplo del feroz aplanamiento de la clínica.

De hecho, Conrad y Bergey (2014) han advertido acerca de la extensión del manual *DSM* como uno de los indicadores de la globalización de los diagnósticos medicalizados en el siglo XXI, y diferentes autores se han encargado de resaltar la íntima y robusta relación que se establece entre la creación de nuevos diagnósticos o la reformulación de antiguos diagnósticos, y la consecuente prescripción de medicamentos presumiblemente indicados para ciertas nosografías (Russo y Venâncio, 2006; Conrad, 2007; Moynihan y Cassels, 2007; Jara, 2007; Cabral Barros, 2007; Healy, 2002; Shorter, 2009). Estas investigaciones, sustentadas en diferentes casos empíricos, sean de corte histórico o en relación a problemáticas actuales, ponen de relieve la importancia de considerar el campo de los fenómenos medicalizados como una trama en la que los manuales en general, y el *DSM* en particular, se constituyen como piezas fundamentales para reflexionar acerca de las relaciones entre nosologías, diagnósticos y fármacos.

Vinculado a los efectos de la manualización, en el trabajo de campo se observó un abrupto modelaje de los padecimientos, devenidos en trastornos. Así, los jóvenes profesionales acuden en ocasiones a un veloz rastreo de bibliografía amparado en un supuesto científicismo, elaborado por la propia industria farmacéutica, con lo cual tratándose de momentos formativos se impone

una dinámica farmacológica que impregna el proceso de asistencia (Pavlovsky, 2006).

Una práctica no enmarcada en investigaciones locales

Por otro lado, y en concordancia con lo expuesto anteriormente, una observación que merece destacarse en la formación de los residentes es la escasa relevancia que se otorga a estudios o investigaciones locales, llevadas a cabo generalmente por centros científicos o académicos o en secretarías u organismos locales, que proporcionan insumos adecuados para conocer las realidades zonales (población, problemáticas, perspectivas integrales de salud y recursos disponibles). Si bien estas investigaciones tienen el potencial de situar las prácticas y ofrecer un entramado más acorde al contexto, en las entrevistas se manifestó que las mismas no son ponderadas ni consultadas por los residentes, aunque dichas investigaciones aborden datos estadísticos o cualitativos y cualitativos afines a sus intervenciones.

En esta línea, investigaciones centradas en la formación de los residentes que anteceden a este trabajo (Torricelli, 2007; Comité de Redacción Clepios, 2013; Agrest, 1994; Agrest y Nemirovsky, 1998; Agrest *et al.*, 1998) y en artículos científicos producidos por exresidentes

(Rubinstein, 2013; Vainer, 1996; Pavlovsky, 2006), queda expresado el sesgo de la formación predominante hacia la atención individual más cercana al consultorio privado en desmedro de la capacitación en dispositivos grupales, familiares o comunitarios. En tres de estas exploraciones (Torricelli, 2007; Pavlovsky, 2006; Vainer, 1996) se concluyó que existía una brecha entre la formación en la residencia y la complejidad en materia de problemáticas que la realidad evidenciaba. Estos trabajos demostraron que ya en el momento de realizar las respectivas investigaciones, hace varios años, la capacitación de los jóvenes profesionales no respondía adecuadamente a las necesidades sanitarias de la población ni tenía interiorizada una perspectiva interdisciplinaria que pudiera intervenir en las problemáticas que, según los propios entrevistados, se presentaban cada vez con mayor agudeza. En nuestro trabajo de campo -realizado entre 2015 y 2017- se observó que la complejidad de los nuevos problemas y demandas en materia de salud mental daba cuenta de un contexto de creciente vulnerabilidad y una disociación con los recursos necesarios para la intervención.

Desprestigio de lo comunitario

Otro factor para conjugar con esta situación, y totalmente relacionado con lo precedente, es la escasa

proporción dentro del sistema público de salud de experiencias de base comunitaria que sean de referencia para el aprendizaje de los jóvenes profesionales. Así es que los residentes rotan por equipos del primer nivel de atención sin ser apuntalados por profesionales más experimentados, a menudo muy sobrecargados y demandados con tareas asistenciales; y si bien estas se desarrollan en la periferia de los nosocomios forzosamente mantiene la lógica hospitalaria en la atención a la demanda (Falicoff *et al.*, 2013).

Lo comunitario parecería alejado en los procesos de formación, ya sea por la ausencia y/o desmantelamiento de dispositivos en el sistema formal de salud, por la falta de inquietudes personales de los residentes, pero también por la complejidad de las propias problemáticas psicosociales que los profesionales deben enfrentar y dar respuesta. Lo comunitario emerge como ese espacio no transitado, donde se generan resistencias e identidades defensivas dentro del campo.

Un punto señalado por los entrevistados, y que tiene una profunda relación con este aspecto, es la falta de inclusión de espacios de revisión y reflexión sobre la práctica, ya que la inclusión de estos aspectos no es sistemática ni formal y que quedan librados a los intereses personales de los residentes. Sin embargo, si

concebimos la formación en salud pública como una tecnología relacional, ubicada en un espacio *inter*, entre los jóvenes profesionales, la institución y el usuario en un espacio de interacción (comunidad), resulta esencial la necesidad de pensar la micropolítica del proceso de trabajo (Merhy y Franco, 1999). Justamente, el acto de reflexionar sobre la práctica e interpelar estereotipos desmarca la dicotomía usuario vs. profesional/efector y reubica el tema de las prácticas en salud mental comunitaria en un espacio complejo que incluye lo multidimensional (Stolkiner *et al.*, 2003; Faraone *et al.*, 2011).

El residente como modelador de su formación

Otro aspecto que resultó significativo dentro de la exploración de las residencias ha sido la modelación propia de la formación de manos de los mismos residentes, de acuerdo a sus intereses particulares.

Es interesante tener presente que para el funcionamiento de las residencias en general, y en particular en salud mental, existe un documento marco de referencia que exige para cada especialidad un conjunto de criterios básicos y estándares mínimos que aluden al perfil profesional considerando las bases curriculares y las capacidades de cada egresado, a la vez que delinea la trayectoria formativa de cada especialidad para que sea

equivalente en todo el país (GCBA, 2011). Por ello, la Dirección de Capacitación del Gobierno de la CABA provee a las residencias un programa de formación con contenidos que contemplan los diferentes contextos y necesidades hospitalarias zonales (Yanco y Roma, 2007). El programa oficial funciona desde 2003 -a diferencia de otras especialidades de la salud, que son más recientes- y en 2019 sigue vigente.

En dicho programa se encuentra una línea de base común con cursos obligatorios que garantizan un estándar mínimo de conocimientos y luego se adecua variando con la realidad de las distintas sedes mediante programas locales a cargo de coordinadores institucionales de residencia de ambas profesiones. Esta última particularidad hace que en alguna sede los residentes puedan decidir separar los cursos de formación de Psicología por un lado y Psiquiatría por otro, con lo cual se restringen los espacios interdisciplinarios y se consolidan instancias disciplinares.

Además, es menester señalar que el hecho de que gravite sobre los residentes la decisión de moldear su propia formación acorde a sus intereses durante la residencia es una característica del campo de la salud mental, pero no así de otras especialidades. Este aparente ejercicio de libertad de elección libra en manos de profesionales que

dan sus primeros pasos en el hospital la formulación de trayectorias educativas que necesitan ser pensadas con una lógica cuyo eje se funde en la necesidad de recursos del sistema sanitario público, en base a lo establecido normativamente para tales funciones, y no sólo en las inquietudes personales o las de otros actores que disputan en el cotidiano las políticas y prácticas en salud mental (Faraone y Bianchi, 2018).

Las singularidades de cada sede guardan relación también con la corriente teórico-clínica de los jefes, coordinadores y/o miembros del servicio hospitalario. Así es que en algunos hospitales puede primar una perspectiva psicoanalítica, en otros una perspectiva más conductual o también una mayor pregnancia del paradigma biologicista. Entonces, en alguna sede puede haber más afinidad por el funcionamiento interdisciplinario o, por el contrario, por la primacía de una sola disciplina en desmedro del funcionamiento en equipo. En ese sentido, Rovere (2011) señala la falta de interface entre las residencias en salud y el personal de planta, ubicando a las primeras como mano de obra precarizada que termina refugiándose en sí misma y sin apoyatura de las líneas jerárquicas.

Lo dificultoso de la situación descrita es que, a pesar de la existencia de la Ley Nacional de Salud Mental, y

la Ley N°448/ 2000 de Salud Mental de la CABA, que consolidan perspectivas interdisciplinarias e intersectoriales para abordar esas complejidades, tales transformaciones no se reflejaron en las prácticas ni en la formación de los profesionales. Se registran, en cambio, actitudes defensivas producto de no asumir las limitaciones de la propia profesión o línea teórica y la necesidad imperiosa de articular con otro.

La ley N° 26.657, la gran ausente.

En primer lugar cabe señalar que el sistema de salud en la CABA no ha realizado acciones ni construido dispositivos acordes a la Ley 26.657. Esta ausencia se evidencia también en los portales oficiales de la Dirección General de Salud Mental y en el sobre adicciones (en ambos casos consultados en enero de 2018), o en el cuadernillo Guía de Recursos y Derivación de Salud Mental 2014/2015 (GCBA, s./f.) donde no figura el texto escrito de la norma. A esto puedo sumarse el acta acuerdo firmada en julio de 2019 entre la Asociación de Médicos Municipales y las autoridades de salud del Gobierno de la CABA que pone el acento en el desconocimiento de la norma, violentando sus principios.

Esto se acompaña con una ausencia de espacios formales de capacitación en torno a los contenidos de la Ley

26.657, que sólo se realiza de manera autogestiva. Todo ello resulta sinérgico con una dificultad de asimilación en la comunidad profesional (Faraone, 2012a).

Por otro lado, en las entrevistas fue posible detectar una vivencia de la Ley Nacional ligada a un tipo persecutorio de la práctica, generando y poniendo en la propia norma o en otra de las profesiones intervinientes en el campo de la salud mental el armado de un enemigo. Entonces la adscripción a la Ley o su detracción vira en una puja corporativa profesional abroquelada en posiciones defensivas y no en el exclusivo cuidado del usuario y la preservación de sus derechos.

A modo de síntesis

En este artículo hemos presentado los resultados de un trabajo sobre la formación de posgrado de profesionales de salud mental centrado la exploración en las residencias de Psicología y Psiquiatría de la CABA. En él se ha podido observar una práctica centrada en lo individual y sin un enfoque transversal ligado a lo interdisciplinario e intersectorial que promueva una perspectiva de construcción conjunta del campo.

En otro plano, la disociación afín a una conceptualización de enfermedad/trastorno, que está ligada a los

procesos de aplanamiento del campo, logra que la multidimensionalidad de las problemáticas sociosanitarias, que requieren de respuestas complejas, terminen coagulándose en modos convencionales y reduccionistas de formación. Esta disociación, que jerarquiza modelos teóricos, que escinden lo cultural, territorial y comunitario, termina por recortar los fenómenos humanos.

La soledad en la formación evidencia una falsa libertad que deja librados a los residentes a la construcción de su propia trayectoria educativa, lo que restringe este espacio no sólo a inquietudes personales, sino también a la penetración de actores que disputan en lo cotidiano las políticas y prácticas en salud mental. Ligado a esto, los laboratorios farmacéuticos tienen un rol importante en la distribución de material vinculado a investigaciones que enlazan los fármacos y los diagnósticos establecidos únicamente por los manuales, particularmente el *DSM*. Con estos procesos se consolidan, desde los propios espacios formativos, instancias que promueven lógicas y dinámicas farmacologizadoras de los padecimientos psíquicos.

Este sofisticado entramado de factores que pueden ubicarse en diferentes planos más generales o macros, o más personales del aprendizaje y de la política pública, termina cercenando la posibilidad de complejizar la enseñanza y de desarrollar una perspectiva crítica. Esto

confina al profesional en formación a un espacio más defensivo o más sufriente, sin herramientas adecuadas para problematizar lo que sucede.

En la misma línea argumentativa, tal como lo postula la Ley 26.657, la construcción de un enfoque interdisciplinario debe concebirse desde el comienzo del aprendizaje y transversalizando toda la formación. Esta concepción rompe con el esquema clásico, logra transformar la práctica y produce nuevos saberes más integrales, en permanente interacción y dispuestos a saltar fronteras restrictivas; pero esto parecería estar lejos de la interiorización en las prácticas formativas en las residencias aquí analizadas.

Por último, si bien ya hay generaciones de residentes formados en el contexto de Ley 26.657 no existe, sin embargo, un sistema de salud en la CABA que haya formalmente realizado acciones y dispositivos acordes a la norma, y menos aún un espacio formativo para que la implementen las nuevas generaciones de profesionales. Más aún, se observa desde las propias autoridades y desde las corporaciones una resistencia que pone en peligro la institucionalidad misma. De este modo, las prácticas de los profesionales en formación son producto y producidas por los cambios que no han devenido en el sistema de salud, y que impregnan no sólo las intervenciones institucionales sino también los sistemas de formación.

Referencias Bibliográficas

- Agrest, M.** (1994). Los residentes de salud mental en 1994. Características poblacionales y sus opiniones sobre la formación. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 41(3), 219-229.
- Agrest, M.; Arín, C.; Greco, C.; Nemirovsky, M. y Vainer, A.** (1998). Perfil profesional de los ex residentes de salud mental. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, VIII, 30, 278-288.
- Agrest, M. y Nemirovsky, M.** (1998). Los residentes de Salud Mental. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, IV, 1, 15-18.
- Beutler, L. E.; Machado, P. P. y Neufeldt, S. A.** (1994). Therapist variables. En Bergin, A.E. y Garfield, S.L., *Handbook of psychotherapy and Behavior Change*. New York: Wiley.
- Bourdieu, P.** (1990). Algunas propiedades de los campos. *Sociología y cultura*. México: Grijalbo.
- Cabral Barros, J. A.** (2007). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 579-587.

Castro Solano, A. (2004). Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. *Revista Interdisciplinaria*, 21, 2, 117-152.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: John Hopkins University.

Conrad, P. y Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science and Medicine*, 122, 31-43.

Comité de Redacción Clepios (2013). La formación en la residencia en salud mental en la Ciudad de Buenos Aires”, *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, vol. XIX, N° 1: 29-35.

CONISMA (2015). *Recomendaciones a las Universidades Públicas y privadas. Art. 33 Ley Nacional 26.657*. Imp. Jefatura de Gabinete. Argentina.

Courel, R. y Talak, A. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en la Argentina [The academic and professional training of psychologist in Argentina]. En Toro, J. & Villegas, J. (eds.), *Problemas centrales para*

la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas. Buenos Aires: Sociedad Interamericana de Psicología.

Falicoff, J.; Lagos, M.; Mazzoglio y Nabar, M.; Bekerman, S.; Muñiz, M.; Méndez Ribas, M. (2013). Impacto subjetivo de la práctica clínica actual según momentos de la formación. *Sinopsis*, 26, 52, 31.

Faraone, S. (2012a). *Cartografía de la des/institucionalización en salud mental en la argentina (1983-2010)*. Tensiones, conflictos y oportunidades en las políticas y las prácticas. Tesis doctoral, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Faraone, S. (2012 b). El acontecimiento de la ley nacional de salud mental. Los debates en torno a su sanción. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 2, 4, 48-61.

Faraone S. (2013). Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones Salud Mental y Comunidad. *Ediciones Unla*, 3, 3, dic., 29-41.

Faraone S. y Bianchi E. (comp.) (2018). *Medicalización salud mental e Infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*. Buenos Aires: Teseo.

Faraone, S.; Geller, Y.; Mendez, M. J.; Rosendo, E.; Torricelli, F. y 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, Ministerio de Salud.

Ferro, R. O. (1989). *Análisis y evaluación del desarrollo de recursos humanos para la salud mental en la Argentina 1983-1989*. Buenos Aires: OPS-DNSM.

Ferro, R. O. (2010). "Salud mental y poder. Un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad", *Revista de Salud Pública*, XIV, 2, dic., 47-62.

Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.

Galli, V. (1989). "Lineamientos en Salud Mental". Documento, Dirección Nacional de Salud mental. Mimeo. Buenos Aires.

Gauron, E. F. y Dickinson, J. K. (1969). The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 126, 199-205.

GCBA (s./f.) "Guía de recursos y derivación de Salud Mental 2014/2015", Dirección de Salud Mental. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/guia-de-recursos-y-derivacion-de-salud-mental> [consulta enero de 2018].

GCABA (2002). *Plan Nacional de Salud Mental 2002 a 2006*. Dirección de Salud Mental.

GCABA (2011). *Documento Marco. Residencias del Equipo de Salud*. Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Disponible en http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf [consulta febrero de 2018].

Ministerio de Salud. Guía de Buenas Prácticas en Investigación en Salud (Res. Ministerio de Salud N.º 1480/2011).

Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. London: Harvard University.

Jara, M. (2007). *Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad*. Barcelona: Icaria-Antrazyt.

Jiménez, J. (1995). El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En Defey, D.; Elizadlde, J.H. y Rivera, J. (comp.), *Psicoterapia focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempos definidos*, Uruguay: Roca Viva.

Meo, A. y Navarro, A. (Eds.) (2009). *La voz de los otros. El uso de la entrevista en la investigación social*. Bs. As.: Omicron System.

Merhy, E. E. y Franco, T. B. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 15(2), abr.-jun., 345-353.

Moynihan, R. y Cassels, A. (2007). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Barcelona: Terapias Verdes.

OPS (2013). Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Pavlovsky, F. (2006). La tentación: vicisitudes de un psiquiatra. *Topía*. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/la-tentación-visicitudes-de-un-psiquiatra> [consulta febrero de 2018].

Pinheiro, R. y Burg Ceccim R. (2009). Experimentación, formación, cuidado y conocimiento en el campo de la salud: articulando concepciones, percepciones y sensaciones para efectivizar la enseñanza de la integralidad. En Pinheiro, R.; Burg Ceccim, R.; Koifman, L. y Araujo de Mattos, R. (comp.), *Enseñar salud*. Buenos Aires: Teseo.

Pinheiro, R.; Guljor, A. y Da Silva Junior, A. (2007). Necesidades e prácticas na desinstitucionalização da clientela de longa permanência institucional: uma proposta de avaliação entre demanda e oferta de cuidado. En *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

Rovere, M. (2011). Curso de Formación Docente para el Área de Prácticas en Salud en la Formación del Psicólogo. Seminario Extracurricular, Universidad Nacional de Rosario.

Rubinstein, V. (2013). Una formación que se inventa. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, XIX, 1, 5-8.

Russo, J. y Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latinoamericana de Psicopatología*, 3, 460-483.

Shorter, E. (2009). *Before Prozac. The troubled history of mood disorders in psychiatry*. Oxford: Oxford University.

Stolkiner, A.; Comes, Y.; Parenti, M.; Solitario, R. y 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*. Buenos Aires: Serie Seminarios en Salud y política pública. Centro de Estudios de Estado y Sociedad CEES.

Suárez Conejero, J.; Godue, C.; García Gutiérrez, J.F.; Magaña Valladares, L.; Rabionet, S.; Concha, J. et al. (2013). Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Pública*, 34(1), 47-53.

Terenzi Seixas, C.; Merhy, E. E.; Staevie Baduy, R y Slomp J. H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 12, 1, 113-123. Universidad Nacional de Lanús Buenos Aires, Argentina.

Torricelli, F. (2007). Residentes en Psicología Clínica y en Psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas. Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Torricelli, F. (2012). 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. *Salud Mental y Comunidad*, 2, 2. Disponible en <http://www.unla.edu.ar/public/saludMentalyComunidad/index.php> [consulta, febrero de 2018].

Vainer, A. (1996). La desaparición de lo grupal en las residencias. *Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental*, 2, 2, 62-67.

Yanco, D. y Roma, V. (2007). Residencias de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Dilemas y avances en su construcción. *Vertex Rev Arg de Psiquiat*, XVIII, 179-186.

Normativas citadas

Argentina, Ley 25.421 (2001). *Creación del Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental (APSM)*. Congreso de la Nación, abril 4.

Argentina, Ley 26.657 (2010). *Derecho a la Protección de la Salud Mental*. Congreso de la Nación, noviembre 25.

GCBA, Ley 448 (2000). *Salud Mental*. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, julio 27.

GCBA, Ordenanza 40997 (1985). *Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud*, publicada en el Boletín Oficial N° 17720 el 11-02-1986.

Ministerio de Salud, Resolución 2340 (2015). Recursos humanos en salud. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257650/norma.htm>

