



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La residencia de psiquiatría como rito de paso en la Universidad de Antioquia

Diana Carolina Corcho Mejía

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Especialidad en Psiquiatría
Bogotá, D.C. Colombia
2013

La residencia de psiquiatría como rito de paso en la Universidad de Antioquia

Diana Carolina Corcho Mejía
Código: 598796

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Psiquiatría

Director:
Doctor Jorge Rodríguez- Losada Allende

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina
Especialidad en Psiquiatría
Bogotá, D.C. Colombia
2013

A mi Madre

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al apoyo de muchas personas, amigos, familiares, colegas, a la Dra. Paola Tejada quien aportó en la asesoría metodológica para la realización del mismo.

Agradecimientos especiales a los docentes, residentes, y directivos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, quienes me han acompañado en este rito de paso de tres años durante la residencia que me conducirá a calificarme como psiquiatra.

Resumen

Los ritos de paso fueron descritos por primera vez en 1908 y se ha descrito que estos tienen una función social y personal. El objetivo de este trabajo consiste en explorar si la residencia de psiquiatría puede considerarse como un auténtico rito de paso, de forma que se pueda incidir mejor en este proceso de formación académica. Material y Métodos: Se realizó un estudio cualitativo con codificación axial basado en entrevistas a profundidad semiestructuradas. Resultados: Los ritos de separación comienzan mucho antes que la misma residencia. La fase liminar no se encuentra claramente delimitado por lo que se podría prolongar esta etapa. En psiquiatría de Enlace y en la rotación de consulta externa se viven los criterios para los ritos de agregación ya que el residente se siente y empieza a reconocerse como psiquiatra. Conclusiones: De las entrevistas realizadas se puede deducir que la residencia en Psiquiatría de la Universidad de Antioquia es un auténtico rito de paso, aunque haría falta ampliar el universo de la muestra.

Palabras clave: Ritos de Paso, Residencia, Psiquiatría

Abstract

Rites of passage were first described in 1908 and described that they have a social and personal role. The aim of this paper is to explore whether the residence of psychiatry at the University of Antioquia can be considered as a real rite of passage. Material and Methods: We conducted a qualitative study based on axial coding depth interviews. Results: The rites of separation begin long before the same residence. The preliminary phase is not clearly defined so that this stage could be prolonged. Liaison psychiatry and outpatient rotations are living rites criteria for aggregation as the resident feels and becoming recognized as a

psychiatrist. Conclusions: From the interviews it can be deduced that residency in Psychiatry at the University of Antioquia is a real rite of passage.

Keywords: Rites of passage, residence, psychiatry

Contenido

	Pág.
Resumen y Abstract	VII
Lista de figuras	XI
Introducción	1
1. Justificación	3
2. Objetivos	5
3. Marco teórico	7
3.1 Los Ritos de Paso	7
3.2 La Residencia de Psiquiatría	12
4. Materiales y Métodos	23
4.1 Diseño	23
4.2 Muestra	23
4.3 Análisis de datos	23
5. Resultados	25
5.1 Motivación como Médico	25
5.2 Motivación como Psiquiatra	26
5.3 Ingreso a la Residencia	27
5.4 Comienzo de la Residencia	28
5.5 Desarrollo de la Residencia	31
5.6 Finalización de la Residencia	37
5.7 Evaluación de la Residencia	38
6. Discusión	41
6.1 Fase de Rito de Separación	41
6.2 Fase de rito de Liminaridad	42
6.3 Fase de Rito de Agregación	45
7. Conclusiones	47
A. Anexo: Guía para Entrevistados	49
B. Anexo: Consentimiento Informado	51
C. Anexo: Datos de los Entrevistados	52
Bibliografía	53

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1. Decisión para ingreso a la residencia	42
Figura 2. Fase liminaridad	44
Figura 3. Cambios originados	46

Introducción

Este trabajo se hace en el marco de un trabajo macro que busca analizar la existencia de ritos de paso en las residencias de psiquiatría de cuatro universidades colombianas.

El propósito de este trabajo de investigación es averiguar si la residencia de psiquiatría como método existente para lograr la especialización en Psiquiatría, cumple los criterios para definirse como un rito de paso. Si de verdad fuese un rito de estas características sería importante detectar cómo es la conformación de ese rito de paso para poder incidir de alguna forma en su estructura de manera que la residencia consiguiese mejor los objetivos que se propone.

El asimilar los años de especialización en Psiquiatría como un tipo especial de rito de paso con unas especificaciones propias, puede ayudar tanto a los residentes como a los docentes encargados del programa, a diseñar las políticas para que la residencia tenga la mayor eficacia posible de cara a formar al especialista que la sociedad requiere.

Además, la comprobación de que la residencia en Psiquiatría tiene la estructura de un rito de paso, podría dar lugar a lograr una mayor uniformidad en la formación del especialista en Psiquiatría para que, sin que cada escuela deje de tener su propia impronta e identidad, si se pueda asegurar socialmente una cierta uniformidad en los criterios básicos de la práctica clínica. Esto podría ser especialmente importante pues da la impresión que la Psiquiatría es la especialidad clínica donde los límites que comprenden una buena práctica son más difusos que en otras especialidades médicas.

En las páginas que siguen, y antes de explicar el trabajo concreto de investigación, se hace un pequeño resumen de la naturaleza y propiedades que tienen los ritos de paso y, después, se hace una puesta al día de lo que en este sentido se ha ido publicando sobre la residencia de Psiquiatría en la literatura médica.

1. Justificación

El concepto de rito de paso acaba de cumplir su primer centenario y a pesar de su antigüedad sigue teniendo vigencia en la investigación antropológica. Se utiliza con cierta frecuencia en la descripción y comprensión de las etapas evolutivas de la persona y la sociedad, pero su uso se ha restringido a esas circunstancias. Situaciones como la adolescencia, el matrimonio o la muerte se analizan y explican bajo este concepto que ayuda a entenderlos mejor.

Sin embargo hay pocos estudios que aborden las tareas docentes como ritos de paso y ninguno publicado en revistas indexadas que estudie las especializaciones médicas como ritos de paso. La utilidad de este estudio es que si se encuentran en la residencia las características de los ritos de pasos se podría comprender mejor el proceso transformativo durante su tiempo de residencia de forma que no solo se vea como una preparación técnica sino también como una etapa en la que se producen profundos cambios personales que pueden conocerse. Esto proporcionaría a los docentes y a los residentes, un conocimiento importante para mejorar la preparación profesional del aspirante a especialista.

Hay muy pocos estudios sobre la residencia de Psiquiatría en Colombia y aunque se podrían extrapolar los de otros países, parece conveniente tener datos locales que reflejen la idiosincrasia y situación real del país tanto en lo que se refiere a la academia como a la práctica clínica. Se hizo una búsqueda de artículos que trataran este tema en Colombia y otros países del área americana desde el año 2000, y a pesar de que más de 600 escritos mencionaron algo sobre este tema, sólo 6 trataban en realidad la formación de los residentes y, en general, estaban

enfocados en el síndrome del “burn-out”. En definitiva no se ha encontrado nada sobre la residencia de Psiquiatría como rito de paso en las revistas indexadas.

2. Objetivos

- Identificar si se presenta el rito de paso en la residencia de psiquiatría de la Universidad de Antioquia.
- Describir como se concretan estos ritos de paso.

3. Marco teórico

3.1 Los Ritos de Paso

El rito descrito etimológicamente significa “orden establecido”, está asociado a formas griegas como *artus* “ordenanza”, *ararisco* “armonizar”, “adaptar” y *arthmos* que evoca el “vínculo”, la “unión”. El concepto tiene su origen en expresiones culturales relacionadas con lo religioso; en ese sentido, el sacrificio aparece como la forma en que lo profano se comunica con lo sagrado por mediación de una víctima (Hubert y Mauss, 1899). Aunque se distingue un predominio en esta esfera, los que se realizan en la cultura occidental son de carácter secular, aspecto del que nos ocuparemos en esta revisión.

El ritual como describe Boissevain (1986), citando a Rappaport se podría definir como “la puesta en escena de unas secuencias mas o menos invariables de actos formales y del habla no codificados por los participantes”. Giddens (1998) los presenta como los modos formalizados de comportamiento en los que participan regularmente los miembros de un grupo o comunidad. También podría definirse como el proceso a través del cual se vinculan dos periodos, entendiendo por periodos un lapso de tiempo que posee un sentido cultural propio (Gennep, 2008). El criterio central del rito es la formalidad (Moore y Myerhoff, cit. Cruces, 1999) como valor tradicional que comunica a los actores la perpetuación social y cultural del grupo.

La importancia de los rituales es que permiten estructurar la cotidianidad, permite la manifestación de la continuidad del grupo y da sentido histórico a la vida en comunidad. (Nogués, 2002).

En 1908 el antropólogo francés Arnold van Gennep (2008) publicó su obra Los ritos de paso, en donde afirmaba que la vida individual, en cualquier tipo de sociedad, consistía en pasar sucesivamente de una ocupación a otra o de una edad a otra, y esto se hace siempre mediante una especie de ceremonial que es lo que denominó rito de paso.

La función de estos ritos es forjar los cambios necesarios para adquirir una nueva personalidad social; es por esto que la impresión de que los hechos son repetitivos, para suavizar el “drama social” que está teniendo lugar.

El autor demuestra que las mismas condiciones determinan a lo largo de períodos cíclicos los cambios que se van presentando y que esta secuencia está constituida por un principio, un núcleo y un fin. La intención de Gennep era buscar un principio universal que ayudara a comprender las transiciones individuales y colectivas en el tiempo y el espacio.

Siguiendo a Gennep, en estos ritos de paso se pueden distinguir tres etapas, que a su vez, configuran una especie de subcategorías de ritos: separación, margen y agregación. La forma y la duración de las etapas varían de acuerdo a la cosa celebrada. Por ejemplo, los ritos de separación estarán más marcados en las ceremonias funerarias, los de agregación en el matrimonio. Entre cada una de estas fases existe una etapa importante, la fase intermedia, periodos de margen que tienen a veces una importancia tal que adquieren autonomía, por ejemplo el noviazgo, margen entre el estado de soltería y el conyugal. A continuación se hace una breve exposición de lo que caracteriza a cada una de estas etapas.

3.1.1 Ritos de separación

Comprende todo aquello que lleva a una persona a alejarse, de una forma más o menos explícita, de lo que la persona era hasta entonces para empezar a recorrer el camino que le llevará a ser alguien diferente de lo que ahora es. En esta etapa el sujeto se segrega del grupo en que está viviendo y se aísla de todo o casi todo

lo que hasta entonces formaba parte de su entorno habitual: actividades, amigos, familia en muchos casos, etc.

3.1.2 Ritos de margen o liminares

Etimológicamente hacen referencia a la palabra “limen”, umbral. Están formados por las actividades propias que generarán el cambio que busca conseguir la persona. En este momento, el sujeto se encuentra en un ínterin, que hace que no es lo que había sido, ni todavía es lo que busca ser; esto hace que se mueva en un ambiente de cierta ambigüedad, como describe Turner (1988). En cierto aspecto se puede afirmar que la persona, durante este tiempo, pierde gran parte de su individualidad y por esto, funciona más con sentido de grupo, haciendo que se genere una especial cohesión con los otros que están en la misma situación del rito de paso. Cuando la persona se encuentra en esta etapa, es frecuente que se perciba esta fase como irreversible: ya no se puede echar para atrás y la única salida posible que se ve es terminar lo que se empezó.

Víctor Turner (1988) especialista del campo de lo ritual, cuyas manifestaciones analiza en algunas etnias africanas y en algunos grupos de la sociedad contemporánea, retoma la teoría de los ritos de paso y se detiene en los momentos liminares, en los que intenta profundizar especialmente, y describe a los individuos que se encuentran en esta etapa como carentes de estabilidad por lo que escapan a las clasificaciones sociológicas.

En algunos procesos tribales en esta etapa a las personas “no se les puede situar en las posiciones asignadas y dispuestas por la ley, las costumbres, las convenciones y el ceremonial” como afirma Turner en la obra citada. Se compara con el útero, encontrarse en la oscuridad, la invisibilidad, los eclipses solares: no tienen status. Su conducta suele ser pasiva o sumisa; deben obedecer implícitamente a sus instructores y aceptar cualquier castigo que pueda infligírseles, por arbitrario que sea, sin la menor queja.

En las culturas tribales, los neófitos son entes en estado de transición, sin lugar ni posición. Otra característica es la obediencia y el silencio. La comunidad es la depositaria de toda la gama de valores, normas, actitudes, sentimientos y relaciones de la cultura, y sus representantes en los ritos específicos. Son sometidos a pruebas y humillaciones, con frecuencia con carácter groseramente fisiológico que representan en parte una destrucción de sus estatus previos, y en parte una mitigación de su esencia con el fin de prepararles para hacer frente a las nuevas responsabilidades y reprimirles de antemano para impedir que abusen de sus nuevos privilegios. Turner acota el concepto de *Communitas*, que es el conjunto de vínculos que se crean al margen de las jerarquías y las relaciones sociales habituales, entre las personas que están en la fase liminal.

3.1.3 Ritos de agregación

En este estado, la persona consigue finalizar lo que se había propuesto y empieza a formar parte de una nueva sociedad. En esta etapa la persona recupera su individualidad aunque de forma distinta a como era antes de comenzar el rito. Y aunque a veces se puede observar que se continúa la estrecha relación que se da con los demás del grupo que hicieron el cambio, lo más frecuente es que en poco tiempo esa vinculación al grupo se acaba perdiendo y la persona se adhiere a otro grupo, con el que continuará su vida en adelante.

Los ritos de paso tienen una doble función social y personal (Checa y Molina, 1997). Por un lado le dan al sujeto un estatus social reconocido ya sea en su estado o en sus tareas de desempeño o en sus obligaciones y derechos. Por otro lado, en la misma persona se producen cambios personales que le dan más aptitud para desempeñarse en su nuevo rol y se disminuye la tensión y las molestias que sufriría si se enfrentase con los nuevos retos si no se hubiese celebrado el rito de paso. Normalmente los cambios originados en la persona se producen sin que ella misma los haya buscado, y tampoco valoran, en el

momento en que se producen, el significado y la importancia de los distintos ritos para conseguir el resultado final.

No hay una clasificación establecida de los numerosos ritos de paso (Gennep, 2008). Algunos tienen que ver con el ciclo vital, otros con la transformación social, otros con simbolismos religiosos, etc. Pero todos se pueden clasificar como directos o indirectos, entendiendo por directos aquellos que originan la transformación deseada por su propia fuerza e independientemente de las actitudes del sujeto. En el rito indirecto se requiere la colaboración del sujeto para que el paso tenga lugar.

Este concepto de rito de paso ha sido ejemplificado en la observación de procesos de transición social como el que se presenta en la profesionalización de enfermeras, cuyo resultado mostró que los ritos de pasos descritos por Gennep ofrecían un modelo de la transición en el proceso de formación que sugería el carácter universal que tiene la presentación de las etapas descritas (Barton, 2007). Esto puede ser una réplica a la opinión de algunos autores actuales que afirman que las fases de los ritos de paso no son aplicables en las sociedades contemporáneas por la democratización de los distintos roles que puede disminuir la importancia de la jerarquización (Nolla Domenjo, 2006).

Contrario a lo anterior, una extensa investigación sobre los ritos en algunas escuelas que abarcan la formación en los ámbitos de la salud, el comercio, la ciencia, la técnica y el arte (Segalen, 2005), muestra que los códigos culturales de estos centros siguen incluyendo prácticas que podemos calificar de “Tradicionales” y que se inscriben sin duda alguna en el esquema de ritos de paso, pues tienen todas sus características formales y sus funciones sociales. Estos ritos tienen la pretensión de formar un hombre único en un tipo de escuela. La formación consiste en hacer un recorrido sembrado de pruebas que pretenden verificar la resistencia física y psicológica del novicio. De la misma forma que los exámenes son la sanción de los profesores para la adquisición de conocimientos, la iniciación constituye una forma del reconocimiento del grupo en sí, a la que la

dirección del centro concede cierta importancia, pues estas secuencias instituyen una comunidad de alumnos con los que se puede dialogar. La separación se marca por la pérdida de la identidad corporal, con la imposición de un uniforme. La liminalidad corresponde a una especie de guerra entre novatos y veteranos. Y en la agregación se hacen ceremonias de bautismo en distintos lugares públicos.

3.2 .Las Residencias de Psiquiatría

Se realizó una búsqueda en PUBMED utilizando los términos Mesh Psychiatry AND Education AND Residency; se limitó la búsqueda a artículos publicados en los últimos 10 años, en los idiomas ingles y español, esta búsqueda arrojó más de 800 artículos relacionados con el tema.

Se leyeron los títulos y en algunos casos los resúmenes y a partir de estos se seleccionaron los artículos que se ajustaban mejor a la revisión requerida.

Los estudios referenciados en la literatura sobre la residencia de psiquiatría abarcan tres aspectos principalmente:

- El primero hace referencia a los motivos y actitudes de los estudiantes de medicina para elegir esta especialidad.
- Un segundo tipo de artículos aluden a diferentes campos de la formación del psiquiatra como el psicoterapéutico en sus diferentes enfoques y el biológico, haciendo especial énfasis en el lugar que tiene la genética en los currículos de psiquiatría.
- Por último, otra serie de publicaciones apuntan a dilucidar al cómo se vive la residencia de psiquiatría y su impacto en la salud mental del estudiante.

Hay publicaciones que exploran los elementos vocacionales de la psiquiatría en el pregrado, con el fin de ubicar su estatus dentro de la medicina. En el último cuarto de siglo se ha identificado que en los Estados Unidos ha habido una disminución del interés de los estudiantes de medicina por especializarse en psiquiatría. Después de la segunda Guerra Mundial hubo una disminución del 10% al 3% en la intención de los estudiantes por elegir esta área de la medicina (Sierles y Taylor, 1995).

Se ha descrito que hacer residencia de psiquiatría está asociado a estudios en instituciones privadas, tener una historia familiar de enfermedad mental y haber rotado más de un mes en psiquiatría durante el pregrado (Aslam y col., 2009)

En Serbia se evidenció que la elección de la residencia en psiquiatría fue asociada con un menor promedio de notas durante la escuela de Medicina de Belgrado. Un estudio realizado en este país sobre 105 estudiantes de segundo año de medicina y 75 de quinto año mostró que a mayor nivel de formación, menor era la actitud favorable hacia la psiquiatría (Maric y col., 2011).

Otros estudios (Thomas, 2008) describen algunos motivos que hacen que los estudiantes de pregrado opten por estudiar psiquiatría, como el ser vista como un desafío intelectual y como la posibilidad para ampliar los horizontes de la medicina. En sentido contrario, señalan como razones en contra para estudiar esta especialidad, la percepción de que carece de rigor científico y la ineffectividad de sus tratamientos. Comparada con otras especialidades los estudiantes de medicina prefieren Medicina Interna, Cirugía General y Pediatría; pero hay mayor preferencia por la psiquiatría en comparación con la Ginecología y la Medicina General. También se identifica una mayor orientación hacia lo social en quienes desean ser psiquiatras con respecto a otras especialidades, exceptuando Medicina familiar (Marić y col., 2009 y Gowans y col., 2009).

La formación específica en psiquiatría que se imparte durante el pregrado de medicina, parece no influir en la elección de ésta como especialidad; un estudio

realizado en los Estados Unidos en el año 2009 muestra que no existe correlación entre esta elección y el hecho de que la rotación en el pregrado se haya realizado en una unidad de salud mental, en psiquiatría de enlace, en consulta externa o una sala de hospitalización. Tampoco se encontró variación en la percepción, las habilidades y el conocimiento en psiquiatría entre los estudiantes que rotaron por estos servicios (Bobo y col., 2009).

Con respecto a los procesos de admisión para el ingreso a las residencias hay un estudio relacionando las entrevistas realizadas a los candidatos y las cartas de presentación que deben adjuntar durante el proceso de selección, con su desempeño académico posterior. En los resultados de este estudio se apreció una correlación débil entre el resultado de la entrevista y el desempeño en el primer y segundo año, y ninguna correlación con el rendimiento en el último año de residencia; un resultado similar se presentó con las cartas de recomendación (Dubovsky y col., 2008).

Con respecto a la formación propia del postgrado, hay que tener en cuenta que durante muchos años, la formación del psiquiatra ponderaba más el entrenamiento en psicoterapia y se llegó a pensar que formar a un psiquiatra era formar un psicoterapeuta. Hoy existe un amplio acuerdo sobre la pertinencia del modelo biopsicosocial como referente para el abordaje del paciente psiquiátrico, por el reconocimiento de que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan e influyen en la enfermedad mental (Chaymowitz, 2004). Sin embargo sigue existiendo una tensión entre las tendencias biológicas y psicosociales. Y es en estos años de residencia cuando el estudiante de postgrado consolida su manera de enfocar la psiquiatría y realiza los planes para el futuro ejercicio de la misma (Hilty y col., 2005).

Los métodos de enseñanza se han inclinado directa o indirectamente hacia una postura carente de la unificación de las dos tendencias, y da la impresión que las

residencias fluctúan entre uno u otro enfoque de acuerdo al caso que abordan, sin lograr una efectiva unificación (Lissak, 2003).

La formación en psicoterapia se identifica con frecuencia como un campo que requiere el desarrollo de unas habilidades alternativas a las logradas en la formación médica. Al inicio de la residencia en los estudiantes existe la intención de formarse tanto en el campo psicoterapéutico como farmacológico, sin embargo se ha identificado que al final del proceso educativo existe una mayor inclinación hacia las intervenciones biológicas que las psicoterapéuticas, estas últimas han tenido en los últimos años una disminución de su papel en la práctica de la psiquiatría y en la identidad de los profesionales (Lanouette y col., 2011). Un estudio multicéntrico desarrollado en Estados Unidos en una población de 229 residentes muestra que el 11.8% reportaron disminución de interés en la psicoterapia al final de su ciclo de formación, las razones que se exponen son la insatisfacción con la calidad de los profesores de psicoterapia, con el currículo y la ausencia de un liderazgo en los departamentos para la enseñanza de la misma (Zisook y col., 2011).

Otra investigación realizada entre el 2006 y 2007 en 15 programas de psiquiatría muestra como el 82% de la población evaluada considera el formarse como psicoterapeuta parte integral de su quehacer como psiquiatra, sin embargo el 62% prevé que la psicofarmacología sería la base del tratamiento para la mayoría de pacientes; en consonancia con lo planteado en estudio referenciado, los residentes de primer año fueron los más propensos a identificarse como psicoterapeutas, al igual que aquellos que han sido objeto de psicoterapias personales (Lanouette y col., 2011) El 45% admite que la realización de la psicoterapia es el aspecto más gratificante de su trabajo. El 77% consideró que la formación adquirida como psicoterapeuta incidió en su vida por fuera de su rol como psiquiatra.

Sin embargo el acceso a estas terapias por parte de los estudiantes ha ido disminuyendo, y menos de un tercio de los residentes de psiquiatría acceden a las terapias personales, según indica un trabajo de Habi y col. (2010). Las soluciones que se proponen para el acceso de los residentes a una terapia personal serían la promoción activa por parte de los directores de los departamentos como manera de tratar los problemas del estudiante, y un bajo costo de las sesiones para ellos.

El entrenamiento en psicoterapia supone un método pedagógico particular y un acompañamiento docente que garantice la conducción del proceso de enseñanza al mismo tiempo que se logre una adecuada intervención con el paciente. En este sentido, un estudio realizado en Corea con 126 residentes de psiquiatría referencia que solo el 70% de los residentes de último año recibieron algún tipo de supervisión en la psicoterapia que llevaban a cabo con sus pacientes, el 58.7 % estuvo de acuerdo en que debería aumentarse la frecuencia de la supervisión (Lee y col., 2008). En este aspecto se identifican divergencias en las escuelas, y no se logra un consenso sobre cómo debería llevarse a cabo este tipo de formación, aunque existe un acuerdo que el mayor porcentaje de las supervisiones a los residentes se da a través de la presentación de casos clínicos (Rele y Tarrant, 2010).

Dos de las psicoterapias de mayor trascendencia en la práctica de la psiquiatría son la psicodinámica y la terapia cognitivo conductual, esta última fue considerada en el 2001 por el consejo nacional de acreditación de programas de posgrado de educación médica de los Estados Unidos como un área obligatoria en la formación de los residentes de psiquiatría (Sudak, 2009) La corriente psicoanalítica y la psiquiatría psicodinámica con el advenimiento de la psiquiatría biológica se han situado en un lugar de menor interés entre los residentes de psiquiatría, como ratifica un trabajo de varios autores (Damsa y col., 2010).

Para medir este interés se realizó una encuesta a 75 residentes en Medio Oeste y sur de los Estados Unidos, el resultado mostró que el 46% de los encuestados demostraron interés en la formación continuada en psiquiatría psicodinámica, solo el 22 % lo manifestaron para el psicoanálisis; las razones expresadas para esta limitación fueron el costo y el tiempo requerido para adquirir las habilidades necesarias para su ejercicio; aunque manifiestan un respeto por el psicoanálisis consideran que tienen poca confianza en su capacidad y en tener la adecuada formación para ejercerlo (Katz y Kaplan, 2010).

Sin embargo las sociedades de psicoanálisis consideran que aún existe asidero en los intereses de los psiquiatras para instaurar este tipo de enseñanza. En el año 2005 se hizo una evaluación de un programa diseñado para la enseñanza de principios psicodinámicos en residentes de primer año del Hospital Psiquiátrico asociado al Instituto de Medicina de Sao Paulo Brasil, donde se concluyó que después del curso, los residentes comenzaron a realizar psicoterapia personal, mejoraron la relación con los pacientes y tuvieron mayores oportunidades de autorreflexión y de conocimiento de sí mismos (Cardoso Zoppe y col., 2009).

De otro lado, el surgimiento de la psiquiatría biológica bajo la forma de la comprensión de los aspectos genéticos y genómicos de las enfermedades mentales y su tratamiento, tampoco han logrado asidero en los currículos de psiquiatría. Las investigaciones realizadas para valorar el lugar de este aspecto en el entrenamiento del psiquiatra muestran que los residentes lo identifican como algo importante, pero menos que otros temas. Y esto, sumado a la existencia de pocos profesores expertos en este aspecto y la percepción en los estudiantes de ser incapaces de solicitar pruebas genéticas e interpretarlas para aportar en el diagnóstico y tratamiento de las patologías, explican la poca importancia real que se le da a este tema durante la residencia en psiquiatría (Layde y Roberts, 2010 y Hoop y col., 2010).

Aparte de lo mencionado con respecto a la formación en terapias durante la residencia, también se han publicado reportes sobre otros temas de especial relevancia durante la especialización en psiquiatría. Entre estos parecen de mayor importancia los que hacen referencia a la psicogeriatría, la neuropsiquiatría, la psiquiatría de enlace y la ética.

En los países del primer mundo la psicogeriatría se sitúa como una disciplina de importancia debido a la inclinación de sus pirámides poblacionales hacia la población anciana. Se ha identificado que este tipo de entrenamiento requiere una media de 55 días (Warshaw, y col., 2010); sin embargo se ha señalado que un obstáculo para ampliar la inclusión de ésta en los planes de estudio es el conflicto con la preeminencia de otras subespecialidades de la psiquiatría. De hecho, en Colombia todavía no es un área de especial dedicación durante la especialización.

De igual manera la neuropsiquiatría ha sido un campo débil en el medio colombiano, dado que no existe en los planes de estudio acceso a expertos en este tema y a unidades especializadas. Dunston (2010) hace la descripción de un curso ofrecido a residentes de segundo año en Estados Unidos en donde se muestra cómo se pueden aprovechar las tecnologías de telecomunicaciones para acceder a los expertos, en las localidades con escasez de especialistas, con una metodología práctica centrada en el estudiante y resultados que fueron valorados de manera positiva.

Otra de las subespecialidades valoradas en las investigaciones es la psiquiatría de enlace, y específicamente la atención al paciente terminal. El primer estudio que se realizó al respecto, encuestó a 116 residentes con una tasa de respuesta del 76%; el común denominador en la respuesta fue la carencia de suficiente preparación para el abordaje de los aspectos psicológicos del paciente terminal, con mayor debilidad en la orientación en los cuidados físicos que deben tener

este tipo de pacientes (Tait y Hodges, 2009). Este campo, de complejo abordaje, ahora se considera una competencia básica en la formación del psiquiatra.

Un aspecto que por las implicaciones médico legales está ganando fuerza en la especialización consiste en saber manejar las posibles contingencias con un posible riesgo potencial; se hace necesario educar a los residentes en gestión del riesgo para mejorar la seguridad de los pacientes (Frierson y Campbell, 2009).

Dentro de los posibles riesgos ocupa un lugar preponderante todo lo relacionado con el manejo de situaciones de suicidio. Al respecto un estudio realizado con jefes de residentes de los programas de capacitación en Estados Unidos, identifica las rondas y las conferencias de casos, como métodos de enseñanza idóneos para el aprendizaje sobre el riesgo suicida. Los temas más enseñados son los factores de riesgo, la identificación de signos de alarma y las guías de atención clínica. Uno de los obstáculos para la enseñanza es la ausencia de material didáctico de audio y video y de textos pertinentes. De los encuestados, solo el 19% señaló sentirse preparado para la gestión de las consecuencias del suicidio de un paciente (Melton y Coverdale, 2009).

Otro de los grandes aspectos que ha preocupado en la formación del psiquiatra, es lo relativo a la educación en ética. Cabe plantearse si sería realista suponer que se puede moldear el carácter moral de una persona y si sería posible cambiar los rasgos de los estudiantes para que sean más compasivos, humildes o autocríticos. Se requeriría un proceso de seguimiento permanente para valorar la maduración gradual de un profesional que acumula lo que Aristóteles denominó una “sabiduría práctica” como sugieren Bloch y Green (2009).

Educar en ética implica enfrentarse a dificultades como es el determinar qué virtudes merecen una atención en la formación, la elaboración de estrategias para su promoción y la generación de métodos para evaluar la eficacia de cualquier programa propuesto.

El objetivo de esta formación estaría cifrada en adquirir unos sólidos conocimientos teóricos que fundamenten los principios éticos y, al mismo tiempo, desarrollar las habilidades para hacer una valoración de esos principios en las circunstancias concretas de cada paciente. Se busca también que el psiquiatra en formación dé igual importancia a los aspectos éticos de la práctica clínica que a la dimensión científica.

Sin embargo, los estudios demuestran que la formación en ética no forma parte de muchos de los currículos de psiquiatría en el mundo. Un estudio en Estados Unidos muestra que en 10 programas, la mitad de los encuestados no habían recibido ninguna instrucción en ética. No se han llevado a cabo estudios sistemáticos en otros países, pero un programa en Australia dedica solo 6 horas en el currículo a esta área, mientras otro lo hace con 8 horas. Todo lo anterior sugiere que la ética no forma parte de todos los programas de psiquiatría en el mundo (Bloch y Green, 2009).

En consonancia con lo anterior se ha discutido la importancia de las ciencias sociales en la formación del psiquiatra. La psiquiatría se ocupa de problemas en donde tienen igual importancia los aspectos neurobiológicos que el contexto sociocultural, lo que implica no sólo el dominio de los fundamentos biomédicos de la enfermedad, sino también una serie de complejas decisiones clínicas y éticas.

Este tipo de formación enfatiza las circunstancias históricas y culturales en el que se desarrollan las enfermedades mentales, opera como un corrector ante el reduccionismo que podría fomentarse desde la psiquiatría biológica, y permite que el estudiante acceda a dimensiones diferentes de la enfermedad.

Un curso reciente tiene como objetivo promover activamente el pensamiento acerca de lo que significa hacerse psiquiatra, el reconocimiento de las raíces históricas y culturales del quehacer clínico, el aprendizaje de conceptos básicos sobre el reduccionismo y la construcción social y la promoción del interés en torno a la experiencia vivida de la enfermedad psiquiátrica (Bromley y Braslow, 2008).

Otros autores como Peter Conrad (1988) opinan que es importante equiparar la formación humanística a la biológica durante la formación médica, pues priorizar únicamente la enseñanza biomédica va en detrimento de la práctica misma de la medicina.

Un aspecto que tiene importancia en los estudios publicados sobre residencias de psiquiatría es la religiosidad; por ejemplo en los Estados Unidos, un 95% de la población dice creer en Dios, lo cual supone que la experiencia religiosa juega un papel central en su vida; de hecho, el 72 % de la población norteamericana afirma que conduce su vida conforme a sus creencias religiosas. Esto contrasta con el hecho de que un 21% de psiquiatras y 28% de psicólogos norteamericanos manifiestan ser ateos o agnósticos (Gallup, 1996) y ha conducido a la apertura de una discusión en torno a la necesidad de incorporar este aspecto en la formación del psiquiatra (Grabovac y Ganesan, 2003). Las Guías de la Asociación Americana de Psiquiatría de 1995 plantean la necesidad de incluir como una competencia del psiquiatra la identificación de la influencia de la religión en la vida de los pacientes. Larsun y Swyers (1997) diseñaron una primera propuesta curricular, con el objetivo de entender los diagnósticos diferenciales para fenómenos culturales y espirituales conforme al sistema de creencias del individuo, comprender el rol cultural de los cuidadores, comprender la variedad de experiencias espirituales y las perspectivas que ofrecen las distintas tradiciones. Las capacidades que se esperan desarrollar en el residente son que diferencie las experiencias religiosas y culturales de los fenómenos patológicos y que logre hacer una apropiada intervención psicoterapéutica en términos de esta comprensión.

Se han publicado dos estudios que hacen referencia a la valoración general de la especialidad en psiquiatría, realizada por los propios residentes. Uno realizado en Croacia, en donde se evaluaron parámetros de calidad educativa y del entrenamiento en psiquiatría. Los resultados muestran que la mayoría de los residentes se sienten parcialmente satisfechos con su proceso de formación, al

tiempo que manifiestan que la mayoría de los problemas radican en la falta de entrenamiento en psicoterapia, la ineficacia del sistema de tutorías, y la escasez de recursos financieros (Kuzman y col., 2009).

En un estudio en Israel se identifican como factores determinantes para la satisfacción en la formación en psiquiatría, “la calidad de la supervisión” y “el respeto de la Facultad para con los residentes” (Ellencweig y col., 2009).

4. Materiales y Métodos

4.1 Diseño

Se realizó un estudio cualitativo con codificación axial basado en entrevistas a profundidad.

4.2 Muestra

Para la realización de las entrevistas se hizo una selección de casos no probabilística, por conveniencia de casos homogéneos. Los entrevistados son egresados de la Universidad De Antioquia de Medellín, excepto uno que se gradúa a finales de este año. Se Eligió a 3 mujeres y 3 hombres. 5 de los entrevistados se graduaron en años consecutivos. La Universidad de Antioquia (U. de A.), es la institución académica de educación superior más importante del departamento de Antioquia y la universidad estatal más antigua de Colombia, fundada en 1803. Además, es una de las mejores universidades del país, recibió la acreditación institucional del CNA. En total se realizaron 6 entrevistas. Los entrevistados tenían edades entre 30 y 35 años. El tiempo de egreso desde la residencia varía entre 7 años y uno que no se ha graduado.

4.3 Análisis de los datos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas. Se empleó una guía para entrevista, las categorías a explorar se observan en el anexo 1. Las entrevistas fueron grabadas y se realizó la transcripción de cada una. Estas transcripciones se revisaron para generar categorías; estas categorías se codificaron como unidades significativas y se generaron grupos de los códigos conforme a su frecuencia y contenido. Finalmente, se construyeron categorías analíticas desde donde se

realizó la interpretación. Para procesar la información de las entrevistas y realizar el análisis de su contenido, se empleó el programa Atlas – ti, versión 5.0.

La totalidad de los participantes del estudio firmaron un consentimiento donde aceptaban participar voluntariamente (Anexo 2).

5. Resultados

Se entrevistaron 6 personas, 5 psiquiatras y uno a punto de egresar de la residencia. Fueron tres mujeres y tres hombres y todos terminaron la residencia entre 2004 y 2011. Otros datos demográficos están reseñados en el anexo 3.

Análisis de contenido según tópicos y categorías

5.1 Motivación como médico

Cuatro de los entrevistados refieren que no hay médicos entre sus familiares cercanos y solo uno manifiesta que su padre es médico. Todos manifestaron que en la familia les apoyaron cuando expresaron el deseo de estudiar medicina. Sólo en un caso, parte de la familia se opuso a esos estudios pero por la creencia de que esa carrera es muy cara y no había medios económicos en la familia, pero enseguida cambiaron de parecer al darse cuenta que lo costoso de la carrera es un poco mito, en las universidades públicas. En otro caso también se opusieron en parte porque al comenzar medicina perdería la beca que ya tenía ganada en la carrera que estaba haciendo en otra universidad.

La mitad informan que empezaron otras carreras como ingeniería, biología y alguno que quería estudiar filosofía o literatura el padre le dijo que eso lo estudiase por su cuenta pero que profesionalmente estudiase medicina. Dos refieren que dejaron sus carreras previas porque les faltaba el perfil humano y eran especialmente técnicas sin contacto con las personas, incluso las de biología (“La medicina incluía cosas de las dos...una parte humanista y el ente biológico” “me interesaba la ciencia, la biología y ayudar al ser humano”). Un

entrevistado reconoce que su decisión estaba regida por el reto de estudiar algo difícil y también por ayudar a la gente.

5.2 Motivación como psiquiatra

Dos manifestaron que se decidieron por psiquiatría al hacer la rotación por esta área en el pregrado. Y eso que alguno comenta que durante la carrera no sentía en absoluto atracción por la psiquiatría a la que catalogaba como poco médica, pero el contacto con los pacientes y la rotación de pregrado le cambió ese prejuicio y se dio cuenta que era de lo poco que disfrutaba en serio (“era lo único que me gustaba y ...no disfrutaba nada de lo que había visto”). Otro motivo reseñado para elegir la especialidad es la posibilidad de mejorar el tratamiento de estos pacientes que en general no son muy apreciados por los demás médicos, sobre todo los pacientes del Hospital Mental.

Dos manifiestan que durante la carrera admiraron a profesores que no solo sabían de su tema sino que eran personas que hablaban de otras cosas también, y mencionan docentes de Dermatología y de Psiquiatría que se les veía bien como personas (“yo sentía que me identificaba con esa figura de médico un poco salido de los estándares”).

Una mujer comenta que algo que le gustaba era la calidad de vida del psiquiatra pues pensaba que en esa especialidad podía atender mejor a su familia.

Dos casos mencionan que ya estaban decididos a hacer la especialidad, por su carga humanistas, desde el comienzo de la carrera de medicina, pues la rotación por psiquiatría la califican como decepcionante y si no hubiesen estado muy decididos posiblemente se hubiesen echado para atrás (“el problema de la mente siempre me ha llamado la atención...también me interesa la filosofía, la literatura y otras áreas de la llamadas ciencias humanas”).

Todos los entrevistados manifestaron que a la hora de optar por psiquiatría hubo una cierta indiferencia por parte de los docentes de otras áreas. Los compañeros en su mayor parte no entendían esa elección, pues consideraban con cierta frecuencia que eso no era realmente medicina (“eso no es una ciencia, es una charlatanería, eso es brujería... realmente no tiene mucho peso”) y en la familia en general la reacción era de susto ante la especialidad (“no tuve tanto respaldo como cuando me presenté a medicina y mi mamá me dijo: para qué estudió medicina para terminar haciendo eso”). Uno manifiesta que desde que se cambió el pensum y la psiquiatra está más visible a lo largo del pregrado, hay un cierto cambio positivo en la percepción de la especialidad.

Un entrevistado manifiesta que durante la residencia se encontró varios estudiantes que se habían decidido por la psiquiatría “porque era una alternativa de no hacer turnos, de no estudiar tanto y de no tener tantos trabajos” y en concreto porque “no querían atender más partos y no querían ver más pacientes de medicina interna”.

5.3 Ingreso a la residencia

Todos los entrevistados reconocen que eligieron esta Universidad por el prestigio de la institución y por motivos económicos ya que es la única en donde no hay que pagar. Cuatro argumentan que era la universidad donde estudiaron el pregrado y donde habían decidido su especialidad, haciendo hincapié más en los sitios de rotación que en los docentes, en dos entrevistados.

Refieren que para hacer la especialidad en la Universidad solo es necesario aprobar el examen de conocimientos generales médicos lo que no es fácil porque se presentan muchos aspirantes (una proporción normal puede ser entre 50 y 60 aspirantes para 4 o 5 cupos). Todos los entrevistados reconocen que los egresados del pregrado de esta misma universidad tienen más posibilidades para pasar ese examen. La nota del examen representa el 95% de la nota de

admisión; el otro 5% está representado por las publicaciones. También, a la hora de admisión es imprescindible demostrar una competencia de lectura en inglés; y hasta tal punto, que si esto no se cumple aunque realicen un buen examen, no pueden comenzar la residencia.

5.4 Comienzo de la residencia

Todos comentan que la recepción tanto por parte de los docentes como por los residentes es agradable. Todos los entrevistados, excepto en un caso, reconocen que aunque en general el trato con otros residentes es bueno, la relación con los del mismo nivel es muy estrecha y la consideran muy importante, aunque no siempre perdura la amistad una vez terminada la residencia (“muy buena relación, seguimos siendo amigos, seguimos conversando, comemos de vez en cuando”). Dos entrevistados opinan que en ocasiones se sobredimensionan algunas actitudes y después no es fácil cambiarlas, de forma que se perpetúan durante todos los años de la residencia (“con nuestro grupo hubo una recepción muy torpe...nos obligaron a hacer unas adaptaciones extrañas y a partir de ahí todo lo que hacíamos se veía como con lupa”).

Al principio de la residencia se restringe en parte la actividad social y se cambian los anteriores amigos por los de la residencia, motivado por una carga académica que cuatro de los entrevistados, califican como excesiva (“es una carga imposible de asumir y a la larga no estudias lo suficiente porque era imposible leer todo”). Todos los entrevistados manifestaron que nunca pensaron en abandonar la residencia, independientemente de lo contentos que estuviesen durante sus estudios. Dos comentaron como una situación de desencanto en el primer año de la residencia, como si no se viesan cumplidas las expectativas que tenían (“muchos tenían la sensación de que la residencia no era lo que esperaban, aunque no pensaran en retirarse”). Y otros dos refieren que se sintieron como muy vigilados al comienzo de la residencia.

Hay mucho comentario sobre si van a expulsar a algún residente y comentan que esto se presenta no porque sea frecuente que eso pase, sino porque las pocas veces que ha pasado el procedimiento y las causas, no las entendieron muy bien los residentes que se quedaron en la residencia (“como un complejo de inferioridad, hay que sacar gente para demostrar que esto si es muy duro, que la gente no crea que la psiquiatría es fácil”) (“otro compañero lo sacaron por el rendimiento académico, pero fue muy extraña esa sacada...”). Refieren que uno que se retiró fue por una enfermedad mental que se le desarrolló durante la residencia.

Sin llegar a tomar la decisión de retirarse si comentan varios entrevistados algunas crisis al comienzo de la residencia, ocasionadas por maltrato de los docentes o por la exigencia por la cantidad de seminarios de primer año o por la decepción antes mencionada. Tres comentan la sensación de exigencia poco amable que por momentos impresiona como hostilidad por parte de los docentes y que se percibe especialmente incómoda durante todo el primer año (“te decían que eras malo y que no servías, que no hacías un buen trabajo y te lo descalificaban de una forma absurda”). Pero las mencionan como crisis más que como decisiones de no seguir adelante.

Una de las actividades que refirieron como agradecida para aprovechar la residencia era una actividad llamada Praxis que no era obligatoria y consiste en comentar asuntos ocurridos en la cotidianidad de la residencia, se discutía en grupo y se planteaban intervenciones buenas y malas. Refieren que les sirvió para sobrellevar el estrés inicial de la residencia y la mencionan como una actividad que disfrutaron (“lo que hacemos es discutir casos que nos pasan a todos,... es de las cosas que más disfrutamos,...y permite evaluar muchas cosas a las que uno se enfrenta como ser humano”).

En el comienzo de la residencia refieren que es una gran ayuda que en los primeros turnos estén siempre con un residente mayor, lo que agradecen. En las

rotaciones el acompañamiento depende del sitio de rotación. Pero si hay cierto consenso en que lo peor es comenzar por neurología pues eso implica tener seminarios conjuntos de ambas especialidades.

Dos comentan que se encontraban especialmente solos en las primeras actividades y aunque había docentes encargados, los definen como poco asequibles y, en ocasiones, como asustándolos para no cometer errores. Esta soledad la refirieron como más ostensible durante la rotación de urgencias, donde refieren que la aparición del docente era muy ocasional.

En contraste, dos que salieron de la residencia hace menos tiempo, manifestaron que especialmente al principio, las actividades asistenciales siempre eran con el acompañamiento del docente y que prestaba una asesoría buena sobre los casos que se presentaban.

Cuatro manifestaron que una buena rotación es la del Hospital Mental en el primer año y refieren que los pacientes de esta institución dejan una huella en el residente, tanto por las patologías como por el nivel socioeconómico de los mismos (“marcan mucho los pacientes de allá...es otro nivel socioeconómico, otra manera de presentarse las enfermedades...”).

La mayoría de los entrevistados no refieren cambios en su vida con motivo del comienzo de la residencia, excluyendo el tema económico en algunos casos, pues todos tuvieron que volver a depender económicamente de los padres cuando ya estaban independizados. Sin embargo las dificultades económicas no tienen una especial intensidad porque estudiar la residencia en esta universidad es gratis y normalmente se puede contar con una beca crédito que al final de la especialidad se suele condonar.

5.5 Desarrollo de la residencia

Una vez pasado el primer año manifiestan una situación de más tranquilidad durante el resto de la residencia. Sin embargo, la mitad de los entrevistados refirieron que en segundo año, tuvieron otros momentos de crisis, en parte por el pesimismo que les generaba la evolución de los pacientes, por el ambiente tan cerrado de la escuela (“por la polarización de los docentes: ¿los psiquiatras en esta?”) y el reevaluar las carencias económicas que tendrían al terminar la residencia. Además, a esto se unía la cantidad de trabajo asistencial que había en este año y la poca retroalimentación positiva que daban los docentes, para los que nada era suficiente.

Cuatro entrevistados manifestaron que la polarización entre los grupos de docentes también repercutía en las actividades extra académicas. Uno refiere que al principio los docentes animaban mucho a ir a las actividades y eventos de los laboratorios y a las fiestas del departamento, aunque no fuesen muy del agrado del residente.

Parte de esa polarización se daba también entre los residentes de forma que a medida que avanzaba la residencia se restringían las actividades extraacadémicas según los grupos a que pertenece cada uno (“las polarizaciones hicieron que me distanciara de muchos de los compañeros de la residencia con los que tenía una relación muy buena”). Solo un entrevistado -el que se graduó hace menos tiempo-, afirmó que no notaba esa extrema polarización y que por el contrario había un ambiente de respetar las opiniones diversas.

Como consecuencia de este ambiente académico, dos entrevistados comentaron que buscaron actividades extraacadémicas y amigos en otros campos que no fuera la medicina (“ con unos amigos que estaban montando un negocio...y me involucré con ellos”) . A uno le resultó molesto que había que plegarse a la orientación psicoterapéutica del docente de turno porque si no eso repercutía en

las notas, lo que en algún caso fue real (“en psicoterapia...es cognitivo conductual o no más...no hay opciones”).

Para dos entrevistados el cambio en la residencia no fue a nivel personal si no sobre la realidad de la universidad y el ambiente universitario manifestando un cierto desencanto por lo que antes habían admirado cuando no lo habían visto desde dentro y lo describen como un aumento de su pesimismo social y académico. Manifestaron una notoria decepción con respecto a los especialistas en psiquiatría pues en un principio, en el pregrado, los veían con una serie de cualidades que no encontraron durante la residencia (“uno no esperaba esas rencillas de alguien que tiene la responsabilidad de tratar y precisar este tipo de problemas”). Aunque piensan que esto puede ser más o menos general de toda la universidad, siempre tenían la esperanza de no encontrarlo en el área de salud mental.

En resumen, la opinión sobre los docentes durante la residencia es bastante variable: mientras para la mitad estos eran cordiales y estaban disponibles para la docencia, para los otros su dedicación no era lo más deseable y se creaba a su alrededor algo de miedo a no equivocarse, a no preguntar, a no fallar, lo que impedía que hubiese una mejor docencia. Dos piensan que esta diferencia se debía a si un residente se sabía plegar a los gustos de los docentes y se ganaba sus afectos o si pasaba lo contrario. En general, en las entrevistas este parece ser un tema vital dentro de la residencia. Varios refieren que fácilmente se confundía la exigencia con el hostigamiento y la amenaza, especialmente en las actividades y presentaciones académicas. Y también, que durante la residencia, se desmoronó la imagen que tenían de varios profesores, al vivir la residencia y tener un contacto más cercano con ellos y conocerlos mejor. Todos reconocen que esta situación está enmarcada y generada posiblemente por la polarización que existe entre los docentes con respecto a las psicoterapias en el manejo de los pacientes mentales.

Algunos manifestaron que durante la residencia se plantearon la posibilidad de haberse equivocado al elegir la psiquiatría como su área de trabajo profesional y manifiestan que quizá debían de haber pensado más en la remuneración económica que en el gusto que les daba en practicarla (“es difícil uno darse cuenta que uno se especializa, estudia, trabaja y que realmente el salario no es bien remunerado con todo lo que se hace”).

Los turnos son pocos –como 1 cada diez semanas-, y son de fin de semana y en jornada diurna hasta las 4.00 PM. Además los refieren como poco instructivos pues la relación con el docente era escasa y se reducía a lo asistencial. Sí agradecen que los primeros turnos se hacían supervisados absolutamente por un residente mayor y un psiquiatra.

Las primeras responsabilidades médicas refieren que las tienen en segundo año en las rotaciones de enlace y consulta. Por la cantidad de trabajo existente, el docente encargado de la rotación apenas alcanza a supervisar lo que hace el residente, por las exigencias administrativas que debe asumir. El residente tiene claro que los pacientes son de su propia responsabilidad y él es quien responde de su manejo (“por la autonomía que tienes dentro del hospital...sientes que tienes tus pacientes, que esos pacientes dependen de lo que tu hagas por ellos”).

Uno refiere que cambió su sentido de la muerte durante la rotación de enlace, ayudándole a verla como algo más natural, lo mismo que la enfermedad (“uno se da cuenta que la medicina no tiene muchas respuestas”). Sobre los seminarios en general manifiestan que son muy técnicos y que no les llevan a plantearse especiales cambios personales (“realmente no me movieron las tripas lo suficiente, fue un aprendizaje académico”). La mayoría echa de menos que en las mismas actividades prácticas y los seminarios hubiese más espacio para debatir los temas de los que se habla en los mismos (“los seminarios fueron cortas realmente”) o que afloran por parte de los pacientes, en ese sentido les parece que en los seminarios debería haber menos comprobación de lectura y más

espacio de discusión (“me hubiera gustado tener la posibilidad de leer sobre mucha cosa de la psiquiatría y tener espacio para discutir”). Esta misma discusión la plantean en muchos casos con respecto a la pertinencia o no a las diversas escuelas psicoterapéuticas. En este sentido en algún caso muestran la extrañeza de no conocer el pensum de la especialidad.

Aunque también reconocen que había otros profesores que permitían opinar diferente y debatir de una manera más amplia sobre las lecturas que proponían para los seminarios pero esto era en menor medida que en lo anteriormente descrito.

Sobre las visitas de los laboratorios las opiniones son muy diversas aunque la mayoría piensan que es algo vergonzoso. Otros lo disfrutaban porque les alimenta el ego y parte de sus actividades lúdicas. Alguno manifestó que era muy molesto que los mismos docentes forzaban a los residentes a asistir a las actividades organizadas por los laboratorios y esto lo unían a que algunos de ellos estaban contratados por los mismos laboratorios, lo que les parecía mal.

Algunos califican como de los mejores momentos de la residencia los congresos donde uno se reúne con antiguos compañeros y disfruta socialmente entre los residentes actuales. También describen como buenos momentos algunos seminarios o prácticas de psicoterapias aunque reconocen que son excepcionales.

En general los entrevistados manifestaron que durante la residencia no presentaron cambios realmente notorios sobre su vida personal y sus valores. Sin embargo, si refieren ciertas variaciones en su manera de verse y de ver la realidad por ejemplo comentan que con el trato de los pacientes se dan cuenta de lo vulnerables que también ellos son. Algún otro refiere que se ha vuelto mejor persona y otros manifiestan que les han impresionado la realidad de alcoholismo y farmacodependencia en la que viven en sus ambientes familiares y que en

concreto lo relacionaban con la idea que hay de una manera generalizada de que vivimos en una sociedad y en un país alegre. También manifiestan un cierto cambio de la percepción de la realidad social de nuestro país, por ejemplo al comprobar la cantidad de matrimonios que se realizan con la única idea de salir de la casa, el aniquilamiento de la familia tradicional y especialmente en esa zona del país y en encontrar la maldad y la bajeza humana con una frecuencia desmesurada y que pensaban que era algo francamente excepcional. Todo esto también generó un tono de pesimismo sobre el ser humano en algunos residentes y de desesperanza en los medios de la medicina para arreglar esas situaciones (“uno pensaba que la gente no era tan malvada...toda esa bajeza humana...y a surgir las preguntas:¿qué se puede hacer?). Toda esta realidad social les lleva a plantearse prevenir situaciones de este tipo que les afecte a ellos y a comprender y a explicarse la situación de violencia y tanta desigualdad que está muy incorporada a la vida social del país: en definitiva, conocen y les impresiona la crudeza de la vida social, familiar y laboral de nuestro país o por lo menos de la zona donde hacen la residencia (“los conflictos familiares, el abuso sexual, la violencia de este país...que empieza a escuchar de los pacientes, uno empieza a decir: es que estamos muy jodidos en este país”). La mayoría manifiestan que estos cambios fueron generados más por la interacción con los pacientes que por los seminarios (“a uno le forma el carácter esto, su forma de enfrentar los problemas y la vida, porque uno ve como los pacientes afrontan estas situaciones, que acaban en cosas desastrosas”).Y comenta que el contacto con esta terrible realidad social le ha llevado a fortalecer su carácter evitando en su vida personal las situaciones que los pacientes le han ido comentando.

En general, comentan que ese contacto con la realidad de la vida con los pacientes les lleva a comprender muchas situaciones sociales y personales y de la misma sociedad y a comprender muchas actitudes y refieren que en este sentido hay una gran diferencia entre la residencia de ellos y las que se hacen en otras especialidades.

En un caso el entrevistado manifestó su acercamiento a Dios a consecuencia de incorporar el discurso religioso a la hora de enfrentar a los pacientes de enlace con la muerte y reconocen que lo que empezó como una técnica terapéutica le acabó acercando al bautismo y a la recepción de los sacramentos católicos (“no creía en Dios, ahora creo más”).

Cinco de los entrevistados manifestaron que empezaron a tener conciencia de ser psiquiatras en el segundo año, en concreto en la rotación de enlace, por una parte por la autonomía con la que contaban en esa rotación y por el especial grado de responsabilidad que tienen con los pacientes a su cargo. Además, contribuye a esto el mejor manejo de la entrevista psiquiátrica y la capacidad de abordar al paciente de una manera distinta a lo que lo hacen los demás especialistas, y el notar que ya no se sienten tan atraídos por otros tipos de pacientes médicos (“cambia la forma en que uno se enfrenta al paciente, la forma en que se entrevista, uno se enfoca en el aspecto mental,... sobre algo que otros colegas no inciden”). Otra cosa que les hace potenciar la conciencia de psiquiatra es que ese momento de la residencia les ponen estudiantes internos a su cargo lo que refuerza una imagen de estatus que antes no tenía (“ cuando te ponen internos y estudiantes...eso quiere decir que tienes un nivel superior y tienes la capacidad de enseñar a otras personas”)

Para la mitad de los entrevistados, otro momento en que se refuerza el rol de psiquiatra es el momento en que salen del departamento quizá con una rotación electiva. Esto, como lo anterior, refieren que se debe al especial grado de autonomía que uno tiene durante la electiva. Tanto en la rotación de enlace como en estas electivas, es muy fácil que te refuercen la capacidad y el reconocimiento personal del área mental lo que refuerza la conciencia de ser ya un psiquiatra (“cuando ya no estaba en el departamento...como que se pudo demostrar que yo si sabía que hacia las cosas bien y tenía un buen criterio clínico...hacemos una buena retroalimentación”).

Otra cosa que alguno manifiesta como conciencia de ser psiquiatra es el cambio de relación con los laboratorios especialmente cuando te empiezan a invitar a congresos por fuera de la ciudad (“los visitantes te empiezan a dar ese estatus de psiquiatra que no te ha dado el gremio y que uno necesita y cuando te llevan al primer congreso ya ni se diga...”).

En general los entrevistados no tuvieron la necesidad de trabajar durante la residencia aunque hubo alguna excepción. En ocasiones trabajaron en actividades no médicas para airearse de la residencia o al final de la residencia, buscando una posibilidad de empleo futuro más que por autentica necesidad económica.

También varios refieren que junto a la rotación de enlace en la que más se sienten como psiquiatras es en la de consulta externa especialmente en la que se hace con supervisión mediata del docente, entre otras cosas, porque se comienza a dar los primeros pasos en el manejo psicoterapéutico.

Aunque el trato con los residentes en general lo describen como bueno , uno manifiesta que no se sustraía del ambiente de la polarización ya descrita (“lo que inicialmente fue una relación cordial con casi todos , después hubo distanciamiento porque ellos empezaron a tomar partido”).

5.6 Finalización de la residencia

Un entrevistado manifiesta que con motivo de la residencia reconoce que se ha hecho más exclusivo a la hora de establecer relaciones interpersonales y que en concreto rehúye cualquier tipo de relación con gente en donde perciba un leve asomo de psicopatología lo que manifiesta que es frecuente y de hecho no logra una relación de noviazgo (“trato de ir con gente que esté tranquila en el mundo”). A la hora de definir los sentimientos que tenían al terminar la residencia la mitad manifiestan que era una sensación de alivio, de haber terminado con eso y poder respirar tranquilos pues la definen como asfixiante. Para algunos era el momento

de terminar una tesis con la que tampoco estaban muy identificados. En general la sensación era de salir y ponerse a trabajar y empezar a ganar dinero (“el deseo de trabajar nuevamente,...ir a producir”).

La mitad de los entrevistados manifestaron que la actual relación de pareja la comenzaron precisamente durante la residencia.

Todos los entrevistados refieren que no había tensión por conseguir trabajo al terminar la residencia. Algunos estaban trabajando de forma remunerada por fuera de la residencia y todos tenían posibilidad de trabajar en sitios mejor o peor remunerados, pero no había sensación de desempleo en absoluto y a veces uno podía desechar ofertas tranquilamente si no le parecían suficientemente buenas (“no me preocupa mucho el conseguir trabajo, pues mis compañeros todos están trabajando,...todos consiguen trabajo”. Las últimas promociones empiezan a comentar que esto puede cambiar pues están apareciendo nuevas escuelas en la ciudad que, por otra parte, no es tan grande para absorber tantos egresados.

5.7 Evaluación de la residencia

Dos manifiestan que la residencia fue un lugar de cierto pesimismo al comprobar que era muy diferente a lo que habían imaginado especialmente en todo en lo que se refería a que hubiese espacios de discusión y de proposiciones de distintas ideas; en su lugar dicen que percibieron rencillas y envidias entre el personal universitario lo que les llevo a cierta desilusión (“no fue todo lo que uno esperaba, pudo haber sido más concentrada en lo que es importante...”). Para otros en cambio la residencia fue un ámbito estupendo donde se presentaban ideas de investigación y donde pudieron hacer electivas profundizando en varios temas atractivos y que algunas de estas electivas incluso se podían hacer por fuera del país.

Varios afirman que durante la residencia tuvieron algunos cambios personales (“he aprendido a ser más riguroso...más ordenado mentalmente”, “darse cuenta

de que uno es capaz de hacer muchas cosas” “de que uno es vulnerable”, “aprendí la desesperanza”, “que aumenta el pesimismo que uno tiene...sobre la humanidad”): estos cambios se debieron más al trato con los pacientes que a los temas tratados en los seminarios. Un entrevistado comentó que “la residencia es tan puntual que realmente no lo alcanza a modificar a uno mucho”.

Varios de los entrevistados se quejan de la poca amplitud en psicoterapia que tiene la escuela; en concreto, la única admitida es la orientación cognitivo conductual y las demás se encuentran no solo relegadas si no proscritas y una cierta inclinación de los residentes hacia alguna de estas orientaciones terapéuticas ya implica ciertas situaciones incómodas durante la residencia (tener más énfasis en la psicoterapia porque se atraviesa con otras rotaciones).

Los residentes reconocen que un énfasis fuerte de esta escuela es la psicofarmacología, pero sin embargo manifiestan que a lo largo de la residencia han aprendido a darle mucho más énfasis a la psicoterapia (“realmente es un complemento muy importante y no sólo los medicamentos nos van ayudar”) a lo que ellos se habían planteado al comenzar la residencia. También durante la residencia dicen haber cambiado la visión simplista que tenían sobre las patologías de las enfermedades mentales.

Dos manifiestan una cierta frustración por la imagen del psiquiatra al que ven con grandes lagunas en su formación cultural y humanísticas muy diferentes de lo que pensaban cuando empezaron la residencia (“cuando entré a la residencia pensaba que los psiquiatras eran personas cultivadas en otras áreas diferentes a la medicina”). Además, comentan que se podría dejar de privilegiar los aspectos técnicos en la formación de la residencia y abrir espacios en áreas como la filosofía y otras áreas humanísticas que ayudasen a la formación global del psiquiatra (“es una crisis de la psiquiatría...que defino como la falta de humanismo, ...de interdisciplinariedad”).

Dos manifiestan como un descubrimiento de la residencia todo lo que tiene que ver con la atención de la psiquiatría de enlace donde se conjugaban lo psicofarmacológico, la psicoterapia y lo médico, dándole a la psiquiatría una dimensión de acompañamiento que no habían percibido en un comienzo (“la psiquiatría de enlace es más integral, más interdisciplinaria, es un abordaje más significativo para el ejercicio de la psiquiatría y de la medicina”).

Dos entrevistados plantean que les hubiese gustado vivir el primer año con menos temor y angustia por la permanencia en la residencia de forma que hubiesen aprendido más psiquiatría durante esos primeros meses (“tener menos miedo al principio para estudiar más...”).

A pesar de todas las dificultades y problemas que ven realmente en la residencia, ninguno se arrepiente de haber estudiado la especialización, y no se imaginan haciendo otra especialidad de medicina, aunque en dos casos aislados si les gustaría hacerla en otra escuela. Casi todos mencionan como el mayor defecto de la especialidad la poca valoración que tiene en el área de salud lo que se manifiesta en lo mal remunerados que están los trabajos de esta especialidad.

Dos echan de menos que la residencia sea muy concreta y que no se ayude a tener unos planteamientos más grandes sobre los temas que van surgiendo y les parece que se pierde un buen espacio para abrir panorama en el conocimiento y que alguno define como muy reduccionista; comentan que solo vieron una parte de la psiquiatría (“sentí como si hubiera visto un pedazo de la psiquiatría”), la parte biológica, y que dejaron muchas cosas por ver y discutir y eso lo definen como una pena: el haber perdido esa oportunidad (“no había espacio para pensar...que otras escuelas hay....la poca reflexión sobre el quehacer...todo es como muy automático”).

6. Discusión

Lo explicado con anterioridad sugiere que la residencia de Psiquiatría en estos seis entrevistados es un auténtico rito de paso, pues se cumple con los dos requisitos básicos que definen esta situación como acontecimiento social. Por una parte, se consigue una preparación para ejercer algo nuevo y hay un reconocimiento social de este nuevo estatus del participante en el rito.

6.1 Fase de Ritos de Separación

Se identificaron tres aspectos que caracterizan los ritos de separación en el grupo de entrevistados: El separarse de una concepción de la medicina y de la adquisición de un estatus dentro de esta, ya que esta especialidad no logra una plena aceptación como disciplina médica en el imaginario de estudiantes y profesores durante en el pregrado, sin embargo en los últimos años parece que esto ha ido cambiando debido a que se ha llevado a cabo una reforma curricular que ha hecho mas visible la psiquiatría durante el pregrado, lo que ha disminuido la impresión de área poco médica y ambigua

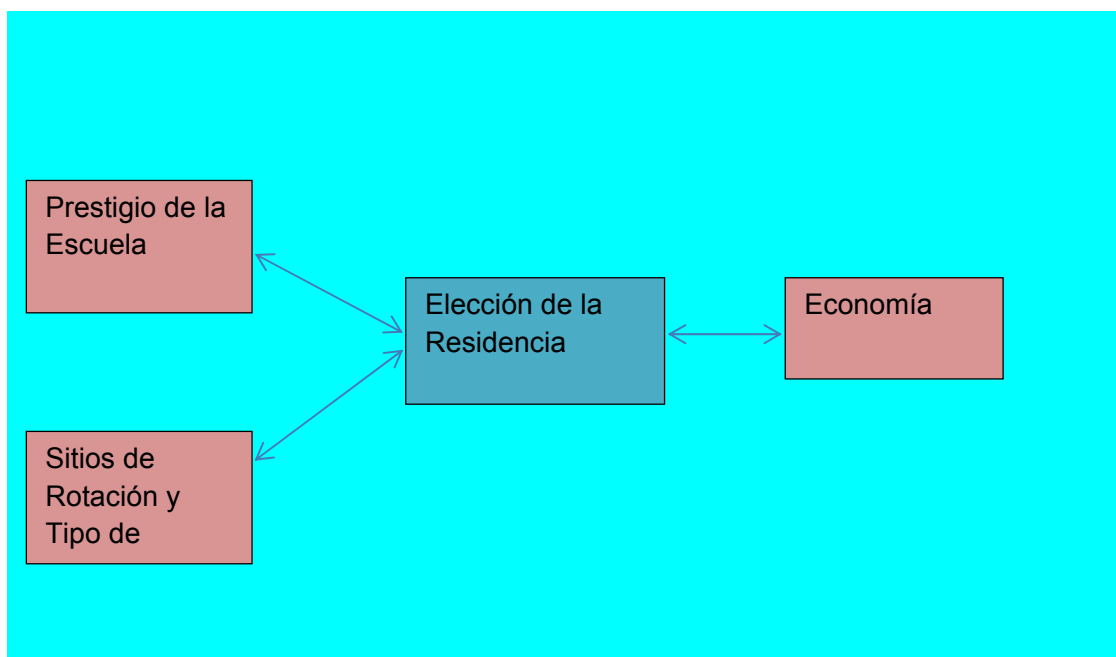
Esta situación es contraria a lo encontrado en la literatura en donde se muestra que en Estados Unidos y Europa después de la segunda guerra mundial ha habido una disminución del interés en esta área de la medicinaⁱ, y a medida que aumenta el nivel en el pregrado es menor la actitud favorableⁱⁱ

En segunda medida, la separación implica adoptar una sensibilidad frente a otras disciplinas no médicas como las humanidades. Esta inclinación por las humanidades han sido referenciada por estudios que muestran el interés en la

psiquiatría basado en la posibilidad de ampliar los horizontes de la medicinaⁱⁱⁱ. Esto conduce a adoptar una manera distinta de ver al paciente, una sensibilidad que les permite percibir el maltrato que sufre el paciente por parte del sistema de salud y la necesidad de plantear un abordaje humanizado.

Se identifica un cambio en el modo de vida y las condiciones económicas, en tanto entrar a la especialidad implica volver a convivir con la familia, aunque comparado con otras escuelas, este aspecto tiene el atenuante de que la Residencia en la Universidad de Antioquia es gratuita, aspecto que es uno de los elementos que determinan la elección de esta institución. (Figura 1)

Figura 1. Decisión para Ingreso a la Residencia



6.2 Fase de Ritos Liminares

Esta etapa se presenta durante el primer año hasta que comienzan el segundo, específicamente con el paso por la rotación de psiquiatría de Enlace y Consulta externa. La liminaridad se caracteriza por una tensión por la posibilidad de que

puedan ser expulsados de la residencia, situación que no es frecuente , pero que ocasionalmente se ha presentado.

En la segunda parte del segundo año suelen presentar crisis caracterizadas por el pesimismo y la desesperanza por la evolución de las patologías y la limitación en su intervención, lo que se acentúa por el tener que enfrentar la polarización que se presenta en la escuela en relación con los enfoques terapéuticos, y el relativismo con que se observa el abordaje del paciente psiquiátrico. Otro aspecto de la crisis está dada por una excesiva carga académica que les genera la sensación de incapacidad de abordar los temas en su totalidad.

Al respecto, reconocen una debilidad en la formación en el campo psicoterapéutico, al que le otorgan gran importancia para el abordaje del paciente, lo cual contrasta con los estudios que muestran que al final de la residencia estos le restan mayor importancia a la psicoterapia que al inicio y dan mayor peso al manejo psicofarmacológico (Sierles , Taylor 1995)

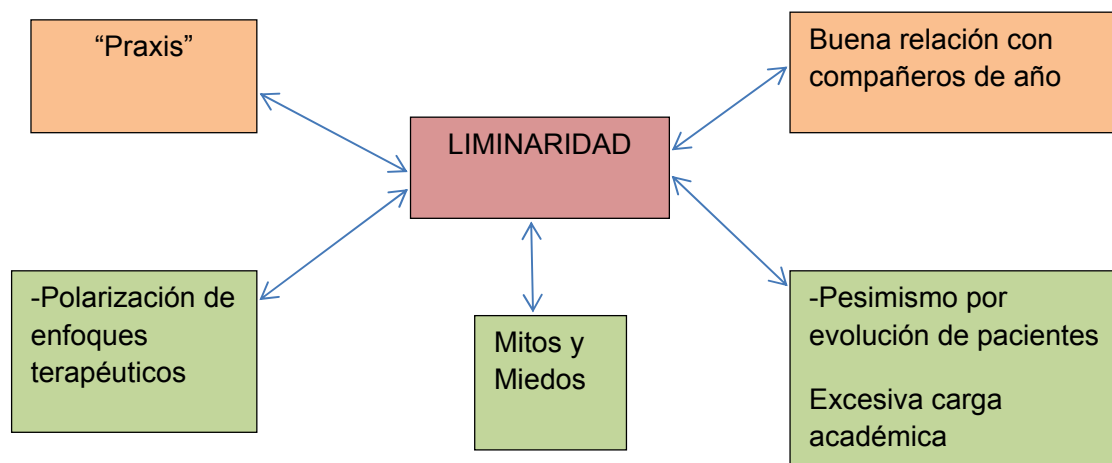
Sin embargo, en esta fase no existe un evento concreto que determine si se continúa o no en la residencia. En este sentido, se puede compartir la idea de Balza-García que plantea que para que aparte de la existencia del rito de paso, es necesario que éste genere la eficacia que debería. Esta eficacia no sólo se mediría por medio de la transmisión del conocimiento en un rito de paso de corte educativo como el que estamos mencionando, sino también por la transformación que el rito origina en el iniciado. Esta transformación debe ser más profunda cuanto mayor especificidad e intensidad tiene el rito y también el rito no debe dar sólo conocimientos sino además generar cambios (Sierles, Taylor, 1995)

Existen dos elementos que ayudan a superar esta primera fase de la especialización, uno de ellos es una actividad denominada "Praxis" que sin ser obligatoria, le permite a los residentes la incorporación de los primeros elementos

de la especialidad, y a compartir las experiencias, frustraciones y aprendizajes de las actividades asistenciales cotidianas.

El segundo es la importancia que refieren de llevarse bien con los demás residentes, especialmente con los del mismo nivel, aspecto que sugiere la fuerza que en esta etapa tiene el *Communitas*, concepto acotado por Turner para referirse a la importancia que adquieren los pares durante la fase liminal^{IV}. Cuando esto no se ha dado en alguna promoción se ha notado que los trastornos que se generan durante la residencia son mayores de lo normal y los estudiantes de postgrado lo resienten en sus estudios. Cuando esto no ha ocurrido se aprecia que los ritos liminares se prolongan en el tiempo y hay un mayor espacio de tiempo de indefinición de su estatus y de mayor susceptibilidad al medio ambiente de la residencia. (Figura 2)

Figura 2: Fase de Liminaridad



6.3 Fases de Ritos de Agregación

En la medida en que avanza la residencia a partir de segundo año, los ritos de agregación se van haciendo más claros y definitivos, al igual que en las otras escuelas, coinciden en que empiezan a tener conciencia de especialistas en psiquiatría durante el segundo año de la residencia, en concreto en las rotaciones de enlace y consulta externa. Esta apropiación del rol de psiquiatra, se verifica, primero por las responsabilidades asistenciales que en ambas rotaciones tienen los residentes, por el reconocimiento que hacen las demás personas de su condición de psiquiatras, y por la toma de distancia que hacen del abordaje médico y de otras patologías medicas.

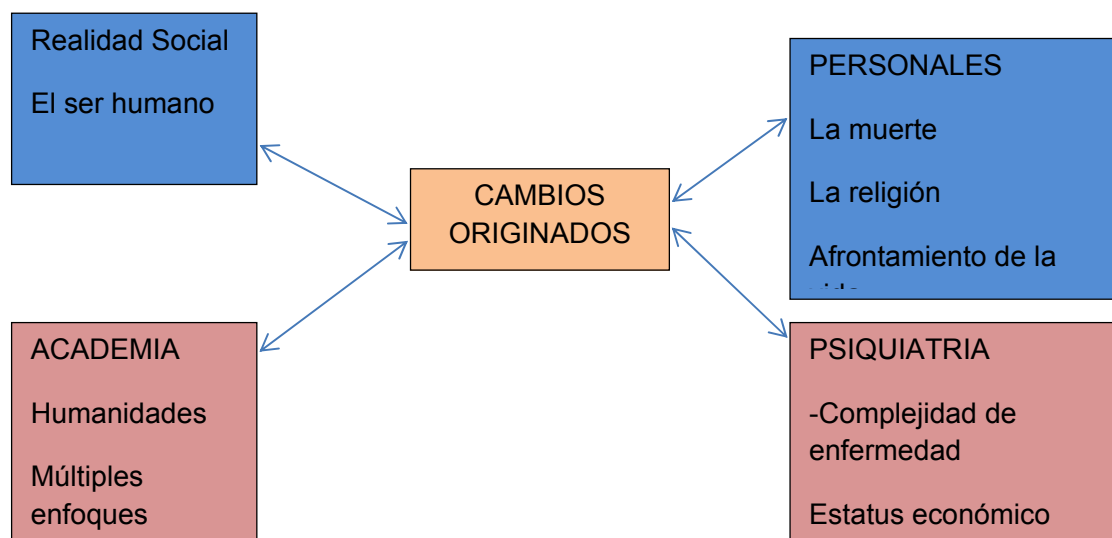
No deja de llamar la atención que la mayoría de los residentes manifiestan que las actividades teóricas de los seminarios, no ejercen una mayor influencia sobre sus vidas y sus ideas, lo que difiere de lo que se aprecia en otras escuelas. Esto podría explicarse por el énfasis biomédico que tiene la escuela lo que limita los seminarios a aspectos que no ponen el acento en inquietudes y problemas que requieren un abordaje interdisciplinar con las humanidades. A l respecto un estudio realizado por Laourette y col indica que los residentes atribuyen los cambios personales a la formación adquirida en el campo psicoterapéutico (Marić NP, Stojiljković DJ 2009)

Durante la residencia, motivados especialmente por el trato con los pacientes, muchos estudiantes manifiestan cambios a nivel personal. Con frecuencia manifiestan un cambio en la percepción de la realidad social del país y de la región donde se desarrolla la residencia, les impresiona encontrarse con la violencia y la desigualdad que impera en casi todas las zonas del país. Estas realidades sociales esperan conservarlas presentes para que en su vida no se reproduzcan situaciones parecidas.

Describen cambios en la manera de afrontar problemas de la vida personal, siendo mas acertados, consideran que han logrado mayor seguridad y percepción de capacidad para afrontar las exigencias académicas y laborales. En cuanto a la psiquiatría la valoran como una disciplina que tiene la posibilidad de acceder a múltiples aspectos de la enfermedad que incluye desde dimensiones biomédicas hasta el ámbito psicosocial.

Cuando empieza a vislumbrarse el final de la residencia, ya se encuentran totalmente incorporados al gremio de psiquiatras, aunque no lo sean de una manera formal. De hecho es relativamente frecuente que comiencen trabajos remunerados que son facilitados por la misma institución. Además todos refieren suficiente campo de acción laboral, de forma que el final de la residencia lo ven como un atractivo horizonte profesional, más que con la angustia del desempleo. (Figura 3)

Figura 3: Cambios Originados



7. Conclusiones y recomendaciones

1. Se puede considerar que los entrevistados han vivenciado un auténtico rito de paso en la residencia de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia de Medellín, con sus etapas de separación, liminaridad y agregación.
2. El cambio que se genera en el residente durante sus estudios más que en una perspectiva personal, se puede apreciar en una dimensión social, cambiando la percepción de la sociedad donde vive y comprendiendo las estructuras de violencia y desigualdad de nuestro país.
3. El cambio de intensidad en el pensum de pregrado del área de salud mental va teniendo como conclusiones positivas una mayor aceptación entre los estudiantes y docentes de la especialidad de psiquiatría.
4. Las rotaciones de consulta externa y enlace son las que más contribuyen a adquirir una conciencia de psiquiatra durante la residencia y con ellas comienza el proceso de agregación.

A. Anexo: Guía para las entrevistas

TEMAS	ASPECTOS	PREGUNTAS
<p>Para cada tema explorar: lo sucedido, los hechos.</p> <p>Conciencia: lo que el entrevistado sintió sobre lo sucedido.</p> <p>Tensiones.</p> <p>Motivación</p> <p>Como médico</p> <p>Como psiquiatra</p>	<p>A partir del relato del entrevistado orientarse hacia los temas que se quieren cubrir, siguiendo el esquema del cuadro anterior.</p> <p>Surgimiento de la vocación profesional a partir de personas y experiencias</p>	<p>Posibles preguntas a hacer, aprovechando el relato espontáneo del entrevistado, para ajustarse al tema de la investigación.</p> <p>¿Tiene familiares médicos o psiquiatras?</p> <p>Incidencia de los profesores. Experiencias personales o familiares, en la juventud.</p> <p>¿En que momentos apareció?</p> <p>¿Que pensaron en la familia y en el entorno?</p> <p>¿Como la elegiste?</p> <p>Impresiones previas a la admisión.</p> <p>¿Como vivió los procesos de admisión?</p> <p>Dificultades de habitación, familia etc.</p>
<p>Ingreso a la Residencia</p>	<p>Elección de la escuela de entrenamiento y experiencias de los procesos de admisión</p>	<p>Recepción por parte de los R iguales y mayores.</p> <p>Recepción por parte de los docentes.</p> <p>Sentimientos ante las primeras actividades.</p> <p>¿Afectó la vida personal: estilo de vida, familia, etc.?</p>
<p>Comienzo de la Residencia</p>	<p>Vivencias e impresiones al inicio del programa de residencia</p>	<p>¿Cuándo empezaste a tener responsabilidades medicas y como lo vivías?</p> <p>¿Pensó en salirse?: motivos y ¿por que se quedó?</p>
<p>Desarrollo de la Residencia</p>	<p>Cambios vitales durante la residencia</p> <p>Incorporación del rol</p>	

	de psiquiatra	<p>¿En que etapa, época, y por que motivos empezaste a sentirte más psiquiatra que médico general?</p> <p>¿Las actividades asistenciales y académicas afectaron un cambio en tus criterios o valores personales? A nivel familiar, afectivo, social, de amistad, religioso y espiritual.</p> <p>Acontecimientos vitales durante la Residencia: ¿Momentos buenos que te hayan marcado?</p> <p>¿Momentos malos que te hayan marcado?</p> <p>¿Como eran las relaciones con los profesores?</p> <p>¿Que experiencias te dejaban las visitas y atenciones de los laboratorios?</p> <p>Tuviste durante la residencia crisis vitales personales, motivadas por la misma residencia?</p> <p>¿Tuviste que trabajar durante la Residencia, en que tipo de trabajo y como te afecto eso?</p>
Finalización de la Residencia	Evaluación de los cambios en relación a las motivaciones iniciales y visión del futuro profesional	<p>¿Que sentimientos tenías en los últimos tiempos de la Residencia, al acercarse el final de la misma?</p> <p>¿Que tanto cambió la percepción de la psiquiatría desde tu ingreso hasta la graduación?</p> <p>¿Como valoras tu crecimiento personal?</p> <p>¿Que podrías haber hecho diferente y que te satisface haber hecho?</p> <p>Ante las dificultades laborales, ¿te arrepientes de haber hecho psiquiatría?</p>

B. Anexo: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO: LA RESIDENCIA EN PSIQUIATRIA COMO RITO DE PASO

Yo _____ doy mi consentimiento voluntario para participar en el proyecto de investigación: La Residencia en Psiquiatría Como Rito de Paso, se me ha explicado que la información recibida de mi parte será utilizada exclusivamente para la investigación y los resultados derivados de la misma.

Se me ha explicado también que algunas preguntas pueden ser especialmente personales y que estoy en la libertad de contestarlas o no.

Se que la información personal de las entrevistas será de carácter confidencial y se utilizara solo para los objetivos de esta investigación protegiendo la identidad propia y de las personas que pueda mencionar.

Reitero que mi participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y por lo cual firmo abajo.

C. Anexo: Datos de los entrevistados

Entrevista	Sexo	Edad al comienzo de la residencia	Edad actual	Año de comienzo de la residencia	Año de terminación de la residencia	Estado civil al comienzo de la residencia	Estado civil al final de la residencia	Lugar de residencia antes de la residencia	Universidad que curso el pregrado (pública o privada)	Vivía con la familia durante la residencia
1	M	27	32	2005	2008	Soltero	Soltero	Medellín	Privada	Si
2	M	27	34	2003	2006	Soltero	Soltero	Medellín	Pública	Si
3	M	24	31	2004	2007	Soltero	Soltero	Medellín	Pública	Si
4	F	26	31	2006	2009	Soltera	Soltera	Medellín	Pública	Si
5	F	24	35	2001	2004	Soltera	Soltera	Cartagena	Pública	No
6	F	27	30	2008	2011	Casada	Casada	Medellín	Pública	Esposo

Bibliografía

Abramowitz M, Bentov-Gofrit D. The Attitudes of Israeli Medical Students Toward Residency in Psychiatry. *Academic Psychiatry*, 29:1, Spring 2005: 92-95.

Aslam M, Taj T, Ali A, Badar N, Saeed F, Abbas M, Muzaffar S, Abid B. McGill J. Psychiatry as a career: a survey of factors affecting students' interest in psychiatry as a career. *Mcgill J Med*. 2009 Jan; 12(1):7-12

Balza-García Rafael. Los sistemas de aprendizaje y la función ritual. Una mirada antropológica de las prácticas educativas: esbozos críticos. Universidad del Zulia Venezuela, Opción, Vol. 25, Núm. 59/ mayo-agosto, 2009: 84-97.

Barton TD, Student nurse practitioners-A rite of passage? The universality of Van Genep modelo of social transition. *Nurse education in Practice* (2007) 7, 338-347.

Bobo WV, Nevin R, Greene E, Lacy TJ. The effect of psychiatric third-year rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. *Acad Psychiatry*. 2009 Mar-Apr; 33(2):105-11.

Boissevain, 'Tourism as Anti-Structure', *Euromed Working Paper* (43), 1986:3.

Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. Universidad de los Andes. CEDE, Bogotá, 1995. Pág. 135

Bromley E, Braslow JT. Teaching critical thinking in psychiatric training: a role for the Andrea D Grabovac, MD, FRCPC1 , Soma Ganesan, social sciences. *Am J Psychiatry*. 2008 Nov; 165(11):1396-401.

Cardoso Zoppe EH, Schoueri P, Castro M, Neto FL. Teaching psychodynamics to psychiatric residents through psychiatric outpatient interviews. *Acad. Psychiatry*. 2009 Jan-Feb;33(1):51-5.

Chaymowitz G: Psychotherapy and Psychiatry. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 145-148.

Checa O, Molina, P. La función simbólica de los ritos. *Rituales y símbolos en el Mediterráneo*. Icaria-IEA, Barcelona, 1997.

Conrad, P. Learning to Doctor: Reflections on Recent Accounts of the Medical School Years. *Journal of Health and Social Behavior* 1988, Vol 29 (December): 323-332.

Cruces Villalobos, F.: 'La problemática del concepto de ritual en el estudio de las sociedades contemporáneas'. En S. Rodríguez Becerra (Coord.), *Religión y Cultura*. Junta de Andalucía/Fundación Machado, 1999:513-528.

Damsa C, Bryois C, Morelli D, Caijhol L, Adam E, Coman A, Stamatoui D, Lazignac C, Freymann JR. Are psychiatric residents still interested in psychoanalysis? A brief report. *Am J Psychoanal* 2010 Dec;70(4):386-91.

De Meis L, Velloso A, Lannes D, Carmo M S, de Meis C. The Growing competition in Brazilian science: rites of pasaje, stress and burnout. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* (2003) 36: 1135-1141.

Dubovsky SL, gendel MH, Duvovsky AN, Levin R, Rosse J, House R. Can admissions interviews predict performance in residency?. *Acad Psychiatry* 32:498-503, November-December 2008.

Dunstone DC. A neurosciences-in-psychiatry curriculum project for residents in psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2010 Jan-Feb; 34(1):31-8.

Ellencweig N, Weizman A, Fischel T. Factors determining satisfaction in psychiatry training in Israel. *Acad Psychiatry*. 2009 Mar-Apr; 33 (2):169-73.

Fann J, Hunt D, Schaad D. A Sociological Calendar of Transitional Stages During Psychiatry Residency Training. *Academic Psychiatry*, 27: 1, Spring 2003: 31-38.

Frierson R L, Campbell N N. Commentary: core competencies and the training of psychiatric residents in therapeutic risk management. *J Am Acad Psychiatry Law* 37:2:165-167 (2009).

Gat I, Abramowitz M, Bentov-Gofrit D, Cohen R. Changes in the Attitudes of Israeli Students at the Hebrew University Medical School toward Residency in Psychiatry: A Cohort Study. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, vol 44 No. 3, 2007: 194-203.

Galeazzi GM, Secchi C, Curci P. Current factors Affecting the Choice of Psychiatry as a Specialty: An Italian Study. *Academic Psychiatry*, 27:2, Summer 2003:74-81.

Gallup GH. *Religion in America: 1996*. Princeton (NJ): The Gallup Organization; 1996.

Giddens A, *Sociología*, Alianza Editorial, Madrid, 1998:73

Gowans MC, Glazier L, Wright BJ, Brenneis FR, Scott IM. Choosing a career in psychiatry: factors associated with a career interest in psychiatry among Canadian students on entry to medical school. *Can J Psychiatry*. 2009 Aug; 54(8):557-64.

Grabovac A D, Ganesan S. Spirituality and Religion in Canadian Psychiatric Residency Training. *Can J Psychiatry* 2003; 48:171–175.

Gustin W, Batra R, Amin A, Rucker LL. Education First: Reforming the First Year Curriculum of the Internal Medicine Residency. *Academic Medicine*, Vol 84.No 3/March 2009: 368-373.

Habl S, Mintz DL, A. Bailey. The role of personal therapy in psychiatric residency training: a survey of psychiatry training directors. *Acad Psychiatry* 2010 Jan-Feb; 34(1):21-6.

Hilty DM, Maynes SM, Kellner M, Bourgeois J, Servis M. A day in the life of a psychiatry resident: A pilot qualitative analysis. *Acad Psychiatry*. 2005;29: 405–407.

Hoop JG, Savla G, Roberts LW, Zisooks S, Dunn LB. The current state of genetics training in psychiatric residency: views of 235 U.S. educators and trainees. *Acad Psychiatry*. 2010 Mar-Apr; 34(2):109-14

Hubert, Henri y Mauss, Marcel, “De la naturaleza y de la función del sacrificio” (1899), en: Marcel Mauss, *Lo sagrado y lo profano*, Obras I, Barral, Barcelona 1970.

Katz DA, M. Kaplan. Can psychiatry residents be attracted to analytic training? A survey of five residency programs. *J Am Assoc Psychoanal*. 2010 Oct; 58 (5):927-52.

Kuzman MR, JonanovicN, Vidovic D, Margetic BA, Mayer N, Zelic SB. Problems in the current psychiatry residency training program in Croatia: residents' perspective. *Coll Antropol*. 2009 Mar; 33 (1):217-23.

Lanouette NM, Calabrese C, Sciolla AF, Bitner R, Mustata G, Haak J, Zisook S, Dunn LB. Do psychiatry residents identify as psychotherapists? A multisite survey. *Ann Clin Psychiatry*. 2011 Feb; 23(1):30-9.

Larson DB, Lu FG, Swyers JP. A model curriculum for psychiatry residency training programs: religion and spirituality in clinical practice. Revised ed. Rockville (MD): National Institute for Healthcare Research; 1997.

Layde JB, Roberts LW. Education on genetics for psychiatric residents. *Acad Psychiatry*. 2010 Mar-Apr; 34(2):85-6.

Lee SM, GH Bahn, WH Lee, JJ Lee, SK Lee, JK Park, SB Paik. Intensive psychotherapy training in korean psychiatric residency programs. [Psychiatry Investig](#). 2008 Dec; 5(4):221-7. Epub 2008 Dec 31.

Lissak M: Biopsychosocial psychiatry. *Am J Psychiatry* 2003; 160:185–186.

Maric NP, Stojiljkovic D, Milekic B, Milanov M, Bijelic J. Change of Students Interest in Psychiatry over the Years at School of Medicine, University of Belgrade, Serbia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2011; 48(1):42-8.

López L, Katz J. Creating an Ethical Workplace: Reverberations of Residents Work Hours Reform. *Academic Medicine*, Vol 84, No. 3/ March 2009, 315-319.

Marić NP, Stojiljković DJ, Milekić B, Milanov M, Stevanović D, Jasović-Gasić M. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. *Psychiatr Danub*. 2009 Jun; 21(2):206-12.

Melton BB, Coverdale JH. What do we teach psychiatric residents about suicide? A national survey of chief residents. *Acad Psychiatry*. 2009 Jan-Feb; 33(1):47-50

Nogues, Antonio Miguel. 2002. El Ritual como Proceso. Red europea de trabajo para la prevención de la violencia juvenil: <http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates>.

Nolla Domenjo, M. Formación Continuada: El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. Educ. méd. [online]. 2006, vol.9, n.1, pp. 11-16. ISSN 1575-1813.

Rappaport R. Ritual y religión en la formación de la humanidad. Cambridge University Press, Madrid (España). 2001.

Rele K, Tarrant CJ. Educational supervision appropriate for psychiatry trainees' needs. Acad Psychiatry. 2010 May-Jun; 34(3):229-32.

Segalen, M. Ritos y Rituales contemporáneos. Alianza editorial SA. Madrid 2005.

Sidney Bloch, M.D., Ph.D. and Stephen A. Green, M.D., M.A. Promoting the Teaching of Psychiatric Ethics. Acad Psychiatry 33:89-92, March-April 2009.

Sierles FS, Taylor MA: Decline of US medical student career choice of psychiatry and what to do about it. Am J Psychiatry 1995; 152:1416–1426.

Sudak DM. Training in cognitive behavioral therapy in psychiatry residency: an overview for educators. Behav Modif. 2009 Jan;33(1):124-37. Epub 2008 Aug 22.

Tait GR, Hodges BD. End-of-life care education for psychiatric residents: attitudes, preparedness, and conceptualizations of dignity. Academic psychiatry, 33: 6, November –December 2009.

Thomas T. Factors affecting career Choice in Psychiatry: a Surrey of RANZCP trainees. Australasian Psychiatry, vol 16, No. 3, June 2008:179-182.

Turner, Victor. El proceso ritual: estructura y antiestructura, España: Taurus, 1988.

Van Gennepe A. Los ritos de paso. Alianza Editorial. Madrid. 2008.

Warshaw GA, Braqq EJ, Layde JB, Meganathan K, Brewer DE. Geriatrics education in psychiatric residencies: a national survey of program directors. *Acad Psychiatry*. 2010 Jan-Feb; 34(1):39-45.

Woodside JR, Miller MN, Floyd M, McGowen R, Pfortmiller D. Observations on Burnout in Family Medicine and Psychiatry Residents. *Academic Psychiatry*, 32:1, January-February 2008: 13-19.

Zisook S, McQuaid JR, Sciolla A, Lanouette N, Calabrese C, Dunn LB. Psychiatric residents' interest in psychotherapy and training stage: a multi-site survey. *Am J Psychother*. 2011; 65(1):47-59