



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**UNA ANAMNESIS ANTROPOLÓGICA.
¿CÓMO SIGNIFICAN Y CUIDAN SU
PROPIA SALUD MENTAL LOS
RESIDENTES DE PSIQUIATRÍA?**

REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS EN UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA CDMX.

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A
GUNTHER ADOLFO HASSELKUS SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. RUBÉN MUÑOZ MARTÍNEZ

CIUDAD DE MÉXICO, AGOSTO DE 2019

Dedicada con mucho cariño a mis padres María y Adolfo y en particular a mi hermano Dieter, perpetua fuente de inspiración para todos mis éxitos.

Dedicatoria especial para todos los médicos y médicas residentes que trabajan ardua e incansablemente por la salud de la población en México.

AGRADECIMIENTOS:

Una tesis de posgrado como la que ahora presento, es producto de la suma de los esfuerzos de varias personas, ya sea de manera directa o indirecta, y no solo de quien ostenta y presume autoría.

Por lo anterior, quiero agradecer en primera instancia al CIESAS, institución que confió en mí para cursar dentro de sus instalaciones un posgrado de calidad CONACYT que me ha dejado un enorme aprendizaje en lo académico y un notable enriquecimiento en lo personal. Dedicarse exclusivamente a leer, investigar, proponer y escuchar otros puntos de vista durante dos años, y recibir una beca económica por ello, es un inmenso privilegio que agradezco al CONACYT, ya que, en ocasiones, se nos olvida o se naturaliza, sin pensar lo afortunados que hemos sido por ello.

También aprovecho para agradecer a todos mis compañeros y compañeras de generación por compartir esta importante etapa de vida conmigo. Agradezco en particular a quienes ahora puedo llamar amigos, Atsumi, Gilberto y Marlene por su solidaridad y compañía en las buenas, en las malas y las peores. Agradezco a todos mis profesores y profesoras con quienes compartí clases durante los últimos dos años, pues les puedo asegurar que de todos aprendí algo que, con certeza, se encuentra plasmado en estas páginas. Quiero agradecer puntualmente al Dr. Roberto Melville, al Dr. Fernando Salmerón y a la Dra. Hiroko Asakura por su apoyo incondicional en distintos momentos de apremio durante la maestría.

Mención especial tienen mis profesores de la línea de investigación de quienes he aprendido a distinguir las distintas dimensiones de la salud y la enfermedad. Agradezco a la Dra. Rosa María Osorio por su inigualable franqueza y rigurosidad metodológica, al Dr. Sergio Lerín por su amabilidad y paciencia, y al Dr. Eduardo Menéndez, por ser ejemplo de elocuencia, compromiso docente y admirable capacidad intelectual.

Por supuesto que esta tesis no habría sido posible sin el interés y apoyo de la Dra. María Alejandra Sánchez a quien agradezco que me abriera las puertas del laboratorio de Violencia y Género dentro del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) para la realización de esta tesis. A su vez, también le agradezco el haber participado como comentarista de mi proyecto de investigación en el segundo coloquio académico del CIESAS, y por aceptar ser parte de mi comité de tesis.

A la Dra. María Graciela Freyermuth le agradezco ser fuente de inspiración para este proyecto, por haber aceptado ser comentarista de mi proyecto de investigación cuando apenas se tejían algunas ideas preliminares durante el primer coloquio académico del CIESAS y, por supuesto, también por haber aceptado ser parte del comité de tesis. Este último agradecimiento también lo hago extensivo al Dr. José Enrique Eroza por aceptar la invitación a integrar el comité de tesis.

No puedo olvidar agradecer eternamente a todos los médicos y médicas que aceptaron participar en esta investigación, ya fueran residentes, adscritos o directores. Esta tesis finalmente es de ustedes y para ustedes.

Finalmente, a quien más le agradezco es definitivamente al Dr. Rubén Muñoz, por haber compartido su sabiduría en clases, por su apoyo en momentos difíciles, y por haber aceptado el dirigir esta tesis. Gracias a su valiosa empatía, sincera disposición e inmejorable asesoramiento durante la odisea que representó esta investigación, pude encontrar las herramientas necesarias para hacer de esta tesis una realidad.

Agosto de 2019.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

| | |
|--|----|
| ¿Por qué mi interés en el tema? | 7 |
| La anamnesis y su relación con esta tesis..... | 9 |
| Resumen de la investigación..... | 10 |
| Principales aportaciones..... | 15 |
| Estructura de la tesis..... | 16 |

I. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

| | |
|---|----|
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 18 |
| 1.2 Antecedentes..... | 22 |
| 1.3 Justificación..... | 23 |
| 1.4 Objetivos Generales y específicos)..... | 25 |
| 1.5 Hipótesis..... | 26 |
| 1.6 Diseño metodológico..... | 27 |
| 1.7 Universo de estudio..... | 29 |
| 1.8 Criterios de selección..... | 30 |
| 1.9 Codificación y análisis..... | 31 |
| 1.10 Consideraciones éticas | 31 |
| 1.11 Marco teórico conceptual..... | 33 |
| 1.12 Características y datos del INNN..... | 42 |

II. EL INGRESO A LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

| | |
|---|----|
| 2.1 ¿Por qué estudiar una especialidad?..... | 45 |
| 2.2 Motivaciones y razones de ingreso a Psiquiatría..... | 48 |
| 2.3 El ENARM y la elección por el INNN..... | 52 |
| 2.4 Filtros de ingreso a la especialidad psiquiátrica del INNN..... | 55 |
| 2.5 Conclusiones del capítulo II | 56 |

III. LA RESIDENCIA, SUS DESAFÍOS Y SALUD MENTAL

| | |
|---|----|
| 3.1 Salud mental del residente en Psiquiatría previo a la residencia..... | 64 |
| 3.2 Becas y liminalidad (¿trabajador o estudiante?) | 65 |
| Ritos de paso. Mayores desafíos por cada año de la residencia | |
| 3.3 R1 – <i>No es ninguno. ¿El telefonista es psiquiatra o neurólogo?</i> | 69 |
| 3.4 R2 – <i>Eres Dios. Una responsabilidad omnipresente</i> | 75 |
| 3.5 R3 – <i>Ni lo ves. El asesor fantasma / el auxilio a la sombra</i> | 78 |
| 3.6 R4 – <i>Ni en retrato. Jefe de piso y el miedo al egreso</i> | 80 |
| 3.7 Representaciones sobre la salud mental durante la residencia..... | 81 |
| 3.8 Estigma y salud mental en el residente de Psiquiatría..... | 84 |
| 3.9 Ideación suicida..... | 85 |
| 3.10 Conclusiones del capítulo III | 87 |

IV. ESTRATEGIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SU SALUD MENTAL

| | |
|--|-----|
| 4.1 Auto-atención en la residencia..... | 102 |
| 4.2 Redes sociales y de apoyo, regalos y muestras de empatía..... | 103 |
| 4.3 Sentido del humor..... | 104 |
| 4.4 El ocio y la recreación fuera de la residencia: (Netflix, gimnasio, cine, etc)..... | 105 |
| 4.5 Alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas y/o ilegales..... | 107 |
| 4.6 Automedicación con psicofármacos..... | 108 |
| 4.7 Búsqueda de atención profesional y psicoterapia..... | 113 |
| 4.8 Conclusiones del capítulo IV..... | 116 |

V. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

| | |
|---|------------|
| 5.1 Conclusiones y reflexiones finales..... | 134 |
| 5.2 Recomendaciones al INNN y para próximas investigaciones | 154 |
| 5.3 Recomendaciones al área de Psiquiatría del INNN..... | 155 |
| <i>Para futuras investigaciones.....</i> | <i>155</i> |
| <i>Protocolos de selección e ingreso.....</i> | <i>155</i> |
| <i>Programas de cuidado a la salud mental.....</i> | <i>156</i> |
| <i>Vivir dentro del instituto.....</i> | <i>156</i> |
| <i>Comunicación y transparencia institucional.....</i> | <i>157</i> |
| <i>Estructura del programa formativo.....</i> | <i>157</i> |

| | |
|---------------------------|------------|
| BIBLIOGRAFÍA | 159 |
|---------------------------|------------|

| | |
|---------------------------|------------|
| ELECTROGRAFÍA..... | 167 |
|---------------------------|------------|

MATERIAL ANEXO

| | |
|--|-----|
| Guía de entrevista a médicos/cas residentes..... | 171 |
| Guía de entrevista a supervisores de los médicos/cas residentes..... | 174 |
| Carta de consentimiento informado..... | 176 |

“Las enfermedades pueden ser espía de las contradicciones de un sistema.”

Eduardo Menéndez recordando a Giovanni Berlinguer,

(Entrevista concedida a la URV el 20 de abril de 2015)

INTRODUCCIÓN

¿POR QUÉ MI INTERÉS EN EL TEMA?

La presente investigación se derivó del interés por conocer cómo es la salud mental de los psiquiatras, profesionistas dedicados al estudio, tratamiento y cuidado de la salud mental de la población. Mi interés se gestó en primera instancia por la preocupación sobre la salud mental de los propios médicos psiquiatras en sí, y, en segundo lugar, se desprendió de la preocupación de pensar, que una salud mental deteriorada en el psiquiatra podría incidir negativamente sobre la salud de los pacientes a quienes atiende.

A razón de esto, decidí estudiar en específico a los médicos/cas residentes ya que para mí, además de ser parte del semillero que dará fruto a próximos especialistas, tienen durante su formación, un papel crucial en la atención a la salud de la población en general. Los médicos/cas residentes no solo son estudiantes, sino trabajadores que sostienen los sistemas de salud en México ante la precariedad económica, laboral y de infraestructura hospitalaria actual, siendo aún insuficiente el número de médicos generales y especialistas con relación a la población mexicana. Esto último, acorde a los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), ya que para el segundo trimestre de 2014 tan solo había 1.9 médicos generales y especialistas por cada mil habitantes en el país.¹ Aunado, a lo anterior, también tenía el interés de conocer cómo es que una formación de cuatro años de especialidad, podría repercutir en la salud mental de los propios residentes de Psiquiatría y en la configuración de determinadas representaciones sobre su

¹ Información obtenida del INEGI retomada a través de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/medico0.pdf> última visita el 31 de mayo de 2019

salud mental, así como distintas estrategias y prácticas para cuidarla y descuidarla. La decisión de realizar mi investigación en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. (INNN) se debió a raíz de mi interés en realizar etnografía hospitalaria dentro de un hospital de tercer nivel de prestigio e importancia nacional, así como por estudiar a los residentes de Psiquiatría bajo la influencia de un paradigma neurobiológico durante su formación. En este sentido, fue la Dra. Alejandra Sánchez Guzmán, encargada del Laboratorio de Violencia y Género dentro del Área de Investigaciones Sociomédicas del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) quien se interesó en mi investigación como proyecto de maestría en el CIESAS. Fue a través de ella, que pude someter el proyecto de manera formal ante los comités de ética de la institución, y, cabe destacar, que, de no haber sido de esta manera, no hubiera podido realizar las entrevistas ni acceder a realizar la etnografía hospitalaria en los espacios exclusivos dentro de la institución.

Otra de las razones para investigar el tema de la salud mental en médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría, se generó a partir de mi participación en un proyecto piloto que buscaba conocer el contexto social y familiar, así como la adherencia al tratamiento biomédico de pacientes con enfermedades mentales inscritos al Programa de Medicamento Gratuito del Comité Ciudadano de apoyo al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Esta experiencia durante el servicio social de la licenciatura en Antropología Social en el 2016, me permitió conocer más sobre el empleo de psico-fármacos y la importancia del contexto socio-cultural y familiar en el complejo mundo de la salud mental. Tras mi participación en ese proyecto, se despertaron en mí varias dudas sobre el mundo de la Psiquiatría y comencé a cuestionarme sobre la trayectoria formativa del psiquiatra y su propio contexto socio-cultural.

Finalmente, debo admitir que personalmente, unos años atrás medité seriamente el estudiar Medicina con la intención de especializarme en Psiquiatría. No obstante, tras haber conocido los testimonios de varios amigos y conocidos quienes estudiaron Medicina e ingresaron a una especialidad, me desalentó saber sobre las condiciones en las que trabajaban, el *burnout* al que se sometían, la violencia

jerárquica de la que hablaban, así como de las dificultades económicas por las que muchos atravesaron.

Cabe destacar que la presente investigación también encontró justificación en los vacíos empíricos relacionados al estudio antropológico sobre la salud mental de los psiquiatras, tema del cual no pude encontrar antecedentes en México. Además, la mayoría de las investigaciones existentes dedicadas a explorar la salud de otros profesionales de la salud, se enfocaron en el síndrome de desgaste laboral o *burnout*, también conocido como “síndrome del trabajador quemado” (Han, 2017:83) y a estudios más bien de perfil cuantitativo respecto a índices de ansiedad, depresión o estrés. Mi intención con la investigación llevada a cabo, y plasmada en esta tesis, consistió en recobrar la voz de los propios residentes, y contribuir así, a la generación de conocimiento antropológico con enfoque cualitativo y carácter aplicado sobre el tema de la salud mental en psiquiatras.

LA ANAMNESIS Y SU RELACIÓN CON ESTA TESIS

Una anamnesis es, dentro del área de la salud, la recolección de información sobre los datos personales, antecedentes, motivos de consulta, y síntomas del malestar del paciente. Dicha información es obtenida mediante preguntas específicas realizadas por parte del especialista ya sea al paciente mismo o a las personas que lo conocen y acompañan. La intención fundamental de la anamnesis es la obtención de datos sobre la historia de vida, trayectoria de la enfermedad, contexto socio-cultural y familiar, así como la sintomatología del paciente para un mejor diagnóstico y tratamiento.

En función de mi interés por investigar cómo cuidaban su propia salud mental los residentes de Psiquiatría durante la especialidad médica, me percaté de que, al utilizar como herramienta metodológica prioritaria la entrevista semi-estructurada, en realidad yo mismo estaría haciendo una anamnesis, aunque antropológica y jamás con una pretensión clínica. Situándome desde el paradigma de la antropología médica, para mí la comprensión de la salud mental no se reduce

simplemente a nosologías psiquiátricas, sino al sufrimiento psíquico tanto como forma de expresión, así como consecuencia de condiciones estructurales del sujeto, es decir, su entorno socio-cultural y económico. Por lo que para comprender cómo representan, significan y cuidan su propia salud mental los médicos/cas residentes, era imprescindible preguntar no solo sobre su estado de salud mental, sino su devenir histórico como personas y profesionales, conocer más sobre el origen de sus motivaciones para estudiar Medicina, las razones para decantarse por una especialidad como la Psiquiatría, y conocer cuál era su percepción sobre las condiciones académicas y laborales del Instituto donde se especializan.

RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN

En el trabajo de investigación que aquí se presenta, se estudiaron las representaciones sociales y significaciones sobre la salud mental que tienen los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría en un hospital de tercer nivel en la Ciudad de México, así como las estrategias y prácticas de autoatención que llevan a cabo los mismos/as residentes para cuidar o descuidar su propia salud mental. Para dicho fin, retomé dentro del marco teórico-conceptual medular, los conceptos de estrategia, practicas, campo social, habitus y roles de Pierre Bourdieu (1997), el concepto de cultura organizacional biomédica de Rubén Muñoz (2014), el concepto de salud funcional de Nichter (2006) y el concepto de autoatención de Eduardo Menéndez (2005), (2016).

En términos metodológicos, esta investigación fue realizada desde la perspectiva de la antropología médica, utilizando técnicas e instrumentos de enfoque cualitativo como las entrevistas semi-estructuradas y la observación participante. Para fines de esta investigación, decidí trabajar con los residentes del segundo y tercer año de la especialidad de Psiquiatría como actores primarios, con la intención de obtener una muestra más homogénea respecto a la trayectoria formativa de especialización de los residentes. Finalmente, incluí como actores secundarios a residentes de primer y cuarto año de residencia, así como a los supervisores (directores y adscritos) como actores complementarios.

En esta tesis, los médicos/cas residentes manifestaron haberse interesado en estudiar Psiquiatría por experiencias familiares, personales o profesionales previas con el sufrimiento derivado de un trastorno o malestar en la salud mental. La elección de los residentes por estudiar la especialidad en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, (INNN) fue atribuida a una búsqueda por complementar la formación psiquiátrica con otro tipo de fundamentos como los neurobiológicos, lo que, por un lado, también puede ser comprendido como una necesidad por legitimar la disciplina psiquiátrica desde la perspectiva biomédica organicista enfocada en encontrar la etiología de los padecimientos mentales en la neurobiología, secundarizando la trayectoria y el contexto socio-cultural de los sujetos. Para ello me serví de autores como Ángel Martínez-Hernández (2000), (2008) y Arthur Kleinman (2012) entre otros, para discutir el devenir de la Psiquiatría contemporánea. En esta tesis también se realizó un recorrido por la trayectoria formativa de especialización de cuatro años que consta la residencia médica en Psiquiatría dentro del INNN, lo que incluyó las características y principales desafíos por año. Para discutir lo anterior, me serví del concepto de Freidson (1977) sobre trayectoria profesional, y de los conceptos de liminalidad y ritos de paso de Victor Turner (1988) para explicar la dualidad del residente como estudiante y trabajador, así como los desafíos que cursan y las responsabilidades que adquieren y abandonan los residentes cada año, hasta poder convertirse finalmente en médicos/cas especialistas. La exposición a pacientes psiquiátricos, la alta exigencia académica, el choque transdisciplinario con la Neurología, los horarios de la residencia, el alejamiento de sus círculos sociales más cercanos y la escasez de tiempo libre son algunos factores que contribuyen al deterioro de su salud mental, provocando según sus propias voces, la aparición de síntomas asociados a nosologías como ansiedad y depresión. Sin embargo, el deterioro de la salud mental, desde la mirada de la antropología médica, no solo se remite a un trastorno biológico, sino que se puede comprender como una forma de expresión, y a su vez consecuencia, de un sufrimiento social como aseguran Kleinman, Das, Lock (1997), Kleinman en Inhorn & Wentzell (2012). a quienes retomo para este propósito.

Dentro de la formación como especialistas, los médicos/cas residentes experimentan una serie de pautas de ordenamiento institucional de sus discursos, representaciones sociales y expectativas de conducta, por lo cual retomo el concepto de cultura organizacional biomédica de Rubén Muñoz (2014) para explicar la aparición de un habitus de resistencia y productividad enfocado a mantener una salud funcional en los residentes, retomando el concepto de Mark Nichter, (2006). Este habitus desde la perspectiva de Bourdieu (1997), también configura y determina las búsquedas de atención, así como la autoatención de los residentes cuando presentan un deterioro en su salud mental, lo cual contribuye a la negativa de los residentes por asumir los roles de enfermo y paciente como si fueran incompatibles con el rol de médico. Para problematizar sobre dichos roles, retomo a Parsons (1961), en Martínez Hernández (2008) y a Goffman (2006); este último en función de su concepto de estigma que vinculo con la negativa del residente por asumir el rol de enfermo, ya que éste, está asociado a connotaciones de debilidad, mediocridad e improductividad, connotaciones que se contraponen con el habitus de la salud funcional de la cultura organizacional biomédica dentro de la especialidad. La negativa por buscar ayuda profesional ante un problema de salud mental (es decir, no asumir el rol de paciente) incide en que los médicos/cas residentes descarten o minimicen otras búsquedas de atención como la psicoterapia, y prefieran continuar usando estrategias y prácticas de autoatención, por lo cual retomo el concepto de Eduardo Menéndez (2005), (2016). Sobre la asistencia a psicoterapia, tanto los residentes como sus supervisores, coincidieron en aceptar la importancia de la asistencia a psicoterapia desde los primeros meses de la residencia, sin embargo, los residentes refirieron no tener los recursos económicos ni con disponibilidad de tiempo para asistir a psicoterapia. Mientras tanto, institucionalmente los supervisores afirmaron que no existen los suficientes recursos económicos como para implementar otro tipo de estrategias más estructurales que promuevan la asistencia a psicoterapia, y, por consiguiente, todo redunda en tan solo un exhorto o sugerencia. En cuanto al concepto de autoatención de Menéndez (2005) y (2016) lo utilizo para poder analizar toda suerte de estrategias y prácticas llevadas a cabo por los residentes para atender su salud

mental, como sucede a través del ejercicio, el sentido del humor, el consumo de determinados alimentos, alcohol, tabaco, y otras sustancias estimulantes, o, por ejemplo, la auto-medicación de psicofármacos. Esta última práctica tiene como objetivo medular, el reducir el daño funcional causado por una salud mental deteriorada, es decir, promover la resistencia y evitar así la desatención de sus roles y la improductividad. La idea central del consumo de psicofármacos vía la auto-medicación, es por un lado evitar el estigma social al no exponerse a un diagnóstico externo, y por otro, evitar la adherencia a un tratamiento recomendado por un otro profesional lo que incluiría, seguir indicaciones específicas como, por ejemplo, determinada regularidad en las consultas, tipos de medicamentos, dosis, frecuencia e interacción con otros fármacos. Además, el consumo de psicofármacos mediante la automedicación, es una práctica que también tiene como supuesto el mantener y potenciar una salud funcional. Es decir, la intención de los residentes es solamente controlar el deterioro de su salud mental con el objetivo de seguir con sus actividades diarias en la residencia y no como una práctica cuya intención sea la comprensión y resolución del problema de salud mental que padecen. En este punto, utilizo la articulación de los conceptos de salud funcional y reducción del daño de Mark Nichter (2006) para explicar dicha práctica que busca sobre todo la resistencia, el rendimiento y la productividad; es decir, la funcionalidad como sinónimo de salud.

La auto-medicación es entonces consecuencia de un habitus enfocado hacia la salud funcional que promueve la cultura organizacional biomédica. Por tanto, es una práctica social y no individual que se encuentra naturalizada entre los residentes, quienes al negar tanto el rol de enfermo como el rol de paciente, pueden llevar a presentar un síndrome culturalmente delimitado como el síndrome del superhéroe. El síndrome del superhéroe, es una propuesta propia que utilizo para explicar la suma de varios factores, entre ellos la presencia de un fenómeno narcisista sobrecompensador de la debilidad propia en el médico lo que implica la doble negación para asumir dichos roles (enfermo y paciente), y, por tanto, la preferencia en la adopción de estrategias y prácticas de autoatención, algunas de ellas consideradas riesgosas por los propios residentes como en el caso de la auto-medicación. Al

descartar la recomendación e intervención directa de otros profesionales de la salud mental, en el síndrome del superhéroe se busca evitar el estigma social vinculado a connotaciones de debilidad, improductividad y vulnerabilidad que supuestamente implica el padecer un trastorno en la salud mental. Y, además, en el síndrome del superhéroe se limita la incorporación de otro tipo de búsquedas de atención como por ejemplo la asistencia a psicoterapia. Para quien presenta el síndrome del superhéroe, el asumir el rol de paciente podría sujetarlos a la adherencia de un tratamiento externo en específico, lo que podría entrometerse en sus actividades diarias, roles y funciones, afectando o limitando su rendimiento lo que no empata con el habitus de la salud funcional. Esta adherencia incluiría, seguir indicaciones específicas como, por ejemplo, determinada regularidad en las consultas, tipo de medicamentos, dosis, frecuencia e interacción con otros fármacos. Finalmente, otro fenómeno expresado en el síndrome del superhéroe, es la firme convicción de que siempre hay otros sujetos, significados como más vulnerables, que deben ser atendidos primero que uno mismo, habitualmente los pacientes, aunque considero que también podrían incluirse amigos y familiares del médico según las charlas informales que sostuve con los residentes.

Tengo que enfatizar en el hecho de que el síndrome del superhéroe es una aportación propia para definir un síndrome culturalmente delimitado propiciado por una cultura organizacional biomédica que prioriza la salud funcional. Sin embargo, esta concatenación de fenómenos que dan cuenta del síndrome del superhéroe, también se encuentran inscritos como parte esencial de la cultura occidental capitalista de carácter narcisista y cuyo derrotero se encuentra basado en la hiperproductividad, como puede entenderse a través de autores como el filósofo Byung-Chul Han (2017) y el psiquiatra Pérez-Sales (2001) a quienes retomo en esta investigación. El síndrome del superhéroe complementa y amplía la visión más individualista del complejo de Dios descrito por Jones (1913) y retomado por Mingote, et al (2013) cuyo foco se centra en describir un sentimiento de superioridad de carácter narcisista, que actúa como un mecanismo sobre-compensador de la debilidad humana en el médico como un individuo con poderes sobrenaturales.

PRINCIPALES APORTACIONES

Algunos de los alcances y aportaciones más relevantes de esta investigación se sitúan en el haber discutido y ampliado el concepto de autoatención de Eduardo Menéndez, cuando afirmo que también otros profesionales de la salud como por ejemplo los médicos residentes, pueden auto-atenderse. Con esto me refiero a que en su autoatención no se rigen por completo bajo los paradigmas biomédicos que han aprendido durante su formación como médicos especialistas y reproducido en sus propios pacientes. De esta manera, si bien es cierto que retoman conocimientos biomédicos como referencia directa, los médicos residentes utilizan estrategias y prácticas que incluso transgreden los protocolos biomédicos establecidos para el tratamiento de los pacientes, como sucede en el caso de la auto-medicación vía psico-fármacos.

Otra de las aportaciones más significativas a la escasa literatura sobre el tema, es el haber trabajado con las voces de los propios residentes desde un enfoque cualitativo de la antropología médica, con la oportunidad de retomar su propia perspectiva respecto al tema del cuidado de la salud mental en profesionistas biomédicos que se dedican justamente a salvaguardar la salud mental de la población a quienes atienden.

A través de un paradigma teórico basado en la utilización de conceptos de Pierre Bourdieu (1997), discutí, elaboré y propuse el concepto de un síndrome culturalmente delimitado como el síndrome del superhéroe, que para mí responde a las exigencias y pautas de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) que a su vez permite el desarrollo de ciertos hábitos enfocados en la resistencia, y el alto rendimiento de una salud funcional (Mark Nichter, 2016). La negación de ambos roles (enfermo y paciente) estriba en la incorporación de estrategias y prácticas de autoatención que ellos mismos consideraron como riesgosas como sucede con la auto-medicación vía psicofármacos. Lo anterior, también está enclavado en un universo mucho más amplio como el mundo occidental actual donde el carácter narcisista contribuye al desarrollo de características como la resistencia y la hiper-

productividad, muchas veces en detrimento de la salud propia (Han, 2017) y (Pérez-Sales, 2001).

De esta manera, la presente investigación espera aportar a la gestación de nuevas preguntas de investigación en futuras generaciones interesadas en el tema del cuidado de la salud mental en profesionistas de la salud. Sobre todo, pensando en el uso de estrategias y prácticas de autoatención, como, por ejemplo, en el caso de la auto-medicación vía psico-fármacos.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

El primer capítulo de esta investigación se enfocó en dar a conocer el diseño y las consideraciones metodológicas de esta tesis, lo que incluyó el planteamiento del problema, los objetivos generales y específicos, la hipótesis, justificación y diseño metodológico del proyecto. A su vez, se dan a conocer las principales técnicas y herramientas de investigación utilizadas, la población con la que se trabajó, los criterios de selección de los actores y sus categorías de análisis, así como elementos para la codificación y el análisis, el contexto teórico-conceptual y las consideraciones éticas de la investigación.

En el segundo capítulo, se aborda el tema del ingreso a la especialidad de Psiquiatría, lo que incluye las razones y motivaciones para estudiar una especialidad en general, y Psiquiatría en específico. Se explican los filtros de ingreso, el examen ENARM y la elección por cursar su especialidad en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Finalmente se discute teórica y conceptualmente con los datos empíricos en las conclusiones de este mismo capítulo.

En cuanto al tercer capítulo de esta tesis, me dedico a explicar las principales representaciones sociales respecto a la salud mental, ya sea previo o durante la residencia. También, condiciones estructurales como el tema de las becas y la liminalidad entre ser estudiante y trabajador para un médico residente. También se retoman las principales características y desafíos de cada año de la residencia, desde el R1 al R4, encontrando los principales ritos de paso que deben transitar los

residentes hasta el egreso como especialistas. En este tercer capítulo también analizo el tema del estigma en la salud mental entre residentes de Psiquiatría, así como la aparición de la ideación suicida en ellos. Finalmente se discute teórica y conceptualmente con los datos empíricos en las conclusiones de este mismo capítulo.

En el cuarto capítulo, presento las estrategias y prácticas de cuidado que utilizan los médicos/cas residentes de Psiquiatría para cuidar su salud mental. Esto incluye la autoatención, a través del ejercicio, las redes de apoyo, el sentido del humor, el uso de sustancias adictivas y estimulantes, los regalos como muestra de empatía y solidaridad, así como la auto-medicación de psicofármacos y la valoración de la asistencia a psicoterapia. Finalmente se discute teórica y conceptualmente con los datos empíricos en las conclusiones de este mismo capítulo.

Respecto al capítulo cinco, presento las conclusiones generales de la investigación donde retomo, vinculo y profundizo en las discusiones teórico-conceptuales de las conclusiones de los capítulos anteriores. En este mismo capítulo apporto una serie de recomendaciones muy puntuales al INNN y a futuras investigaciones.

I. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la trayectoria formativa de especialización, (residencia médica), los médicos/cas en formación, se insertan en una cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) que requiere de una adaptación a determinadas normas, exigencias y nivel de desempeño tanto académico como profesional que inciden en su formación, estilos de vida, y posibilitan afectaciones a salud física y mental como ansiedad, depresión y estrés, así como ideas suicidas, (Martínez-Lanz, Medina-Mora, y Rivera, 2005). Este proceso de adaptación a la cultura organizacional biomédica, también incide en la configuración de determinadas representaciones sociales. En este caso, me refiero a cómo significan su propia salud mental y sobre las búsquedas de atención, así como estrategias y prácticas de autoatención (Menéndez, 2005), que los residentes emplean para atender su propia salud mental. La negación del residente por asumir tanto el rol de enfermo como el rol de paciente al no buscar ayuda profesional, provoca en los mismos médicos, una predisposición a desarrollar o mantener adicciones, malestares, trastornos y patologías que inciden directamente y de forma negativa en su salud, en su formación profesional y en la relación médico-paciente, por lo que, indirectamente podría predisponer a los mismos médicos/cas residentes a cometer iatrogenias y negligencias médicas que afecten a la población a quienes atienden (Mingote, et al, 2013).

Aproximarnos a conocer cómo los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría significan y auto-atienden su propia salud mental, podría no sólo beneficiar a los propios médicos/cas residentes sino a la población a quienes atienden, derivado de que una mala salud del médico/ca, puede afectar la relación médico-paciente y el médico/ca podría tener más probabilidades de cometer iatrogenias y negligencias médicas, (Arenas, 2003), (Mingote, et al, 2013).

Así lo vislumbran Mingote, et al en el artículo, "Prevención del suicidio de médicos" del 2013, donde establece la necesidad de velar por la salud del médico de manera

personal como sujeto, pero también por las consecuencias que una salud deteriorada del médico/ca puede tener sobre la población a quien atiende:

Los médicos se resisten a buscar ayuda profesional por temor al estigma social y comprometer su carrera profesional. Más allá del impacto en su salud personal, es preciso tener en cuenta el riesgo de afectar a la calidad asistencial y arriesgar la seguridad de los pacientes que atienden. Igualmente, en el médico enfermo es muy frecuente la evitación del rol del enfermo, a través del autodiagnóstico, la auto-prescripción, el conseguir consultas "informales" e infrecuentes, y la asunción del estado de "VIP²" como si fuese incompatible el rol del enfermo con el rol del médico. (Mingote, et al, 2013: 189).

La propia formación biomédica capacita a los próximos médicos/cas especialistas para tener una visión biologizada del proceso-salud-enfermedad-atención; es decir, el foco de atención se centra en el diagnóstico y la curación, con muchas limitaciones para integrar la prevención, no sólo en las acciones que realizan con pacientes, sino consigo mismos (Arenas, 2013). Derivado de lo anterior, conocer más sobre las búsquedas de atención, y sobre la autoatención de los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría durante la residencia médica, permitiría conocer más sobre cómo ellos y ellas interpretan y significan la salud mental durante esta etapa formativa, así como las representaciones y prácticas que tienen y emplean tanto a nivel sujeto como grupo social para diagnosticar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar o prevenir un proceso que afecte a su salud como explica Menéndez en referencia al concepto de autoatención (Menéndez, 2005).

Algunos estudios analizan la presencia de las tres categorías nosológicas planteadas (ansiedad, depresión y estrés) en médicos/cas residentes y psiquiatras en específico, existen investigaciones y estudios como se menciona a continuación.

Referente a la depresión entre médicos/cas residentes, cabe destacar que según un artículo denominado "Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession" publicado en mayo de 2018 por Pauline Anderson en el Medscape Medical News "La depresión es más común en estudiantes de Medicina y residentes que en la población general, con un 15% a 30% de detección positiva de síntomas depresivos". (Anderson, 2018: S/N). Bajo este mismo tenor, en el mismo artículo de Pauline Anderson en 2018, se cita a Beth Brodsky, profesora y asociada clínica en

² VIP, siglas en inglés para "Very Important People", es decir, persona muy importante.

el área de Psicología Médica en Psiquiatría en la Universidad de Columbia y en el Irving Medical Center de Nueva York, quien preocupada en específico por el estrés y el tema del suicidio entre el gremio médico, señala lo siguiente: “El estrés comienza en la escuela de medicina y continua en las residencias con altas responsabilidades, competitividad laboral, largas jornadas laborales y la privación de horas de sueño. Lo anterior puede contribuir al abuso de sustancias nocivas, otro factor de riesgo para el suicidio”. (Brodsky en Anderson, 2018: S/N).

En otra investigación, Van der Heijden et al, (2008), estudiaron la prevalencia de *burnout* y de ideas de suicidio en una muestra representativa de residentes alemanes (N=2115). “Los pensamientos de suicidio son más prevalentes en los residentes con burnout en comparación con los que no lo tienen (20,5% versus 7,6%, $p < .001$). (Van der Heijden et al, 2008 en Mingote, et al, 2013:182). Cabe destacar que el *burnout*, síndrome de desgaste profesional, o del trabajador quemado es considerado definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un fenómeno ocupacional resultado de un estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha podido manejar de forma correcta con diversas consecuencias como el agotamiento físico y mental en el individuo y una reducción de su eficacia laboral. (OMS, 2019).

Si bien la mayoría de las cifras y datos anteriores se obtuvo de otros contextos como Estados Unidos de Norteamérica y Europa, la realidad es que el suicidio de médicos/cas en México también está presente, aunque con características propias (Martínez-Lanz, Medina-Mora y Rivera, 2005). Esto puede ser analizado a través del artículo “Suicidio y depresión en estudiantes y residentes de Medicina en México” de la revista Vice México de junio de 2017. Es esta publicación se hace referencia a lo dicho en el Congreso Anual de la British Psychological Society, en Nottingham, Reino Unido, y en el 50vo. Congreso de la Latin American Studies Association en Nueva York, donde se afirmó que algunos factores relacionados a la ansiedad, la depresión, y a los intentos de suicidio en estudiantes de medicina en México son los siguientes:

Las altas expectativas y presión por parte de los familiares; bajo ingreso económico de la familia del estudiante; el contacto con la realidad del Sistema de Salud Pública de México;

conocimiento del uso de fármacos y otras sustancias; falta de sueño adecuado; abuso de alcohol como 'automedicación' para lidiar con la ansiedad y depresión; la negación y falta de consciencia de enfermedad mental por parte de líderes académicos y estudiantes; y la carrera de medicina como un evento altamente estresante por sí misma. (Velázquez, 2017: S/N).

Además, se ha seleccionado en particular a residentes de la especialidad en Psiquiatría, debido a que algunos estudios que se mencionarán a continuación, han manifestado que dicha especialidad tiende a tener tasas más altas de ansiedad, depresión y estrés, lo que ha contribuido a también a que los psiquiatras se encuentren entre las especialidades médicas con mayor número de suicidios.

En un estudio realizado en 1968, Blachly, Disher y Roduner estimaron que: “las tasas de suicidio para las diferentes especialidades, varían desde 61 por 100.000 para los psiquiatras hasta 10 por 100.000 para los pediatras”. (Blachly, Disher y Roduner, 1968 en Mingote, et al, 2013:179). Unos años más tarde, otro estudio realizado en 1973 por Rose and Rosow, argumentó que las cifras de suicidios entre médicos estaban infravaloradas, ya que, en una investigación sobre una base de 48 suicidios de médicos en California durante un periodo de 3 años, llegó a la conclusión de que entre los médicos/cas los psiquiatras tenían las tasas más elevadas de suicidio, Rose y Rosow, (1973). Finalmente, una década después, una revisión bibliográfica de De la Cruz, Corominas y Sarró concluyó (1988) que el método más común para el suicidio entre médicos/cas es el empleo de los medicamentos a los que tienen acceso y que ellos pueden proporcionarse, además de que los especialistas con elevado riesgo suicida eran los psiquiatras, los otorrinolaringólogos, cirujanos, anestesistas y dentistas.

La cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) tampoco exhorta a los médicos/cas a admitir sus vulnerabilidades ni a buscar la ayuda que necesitan, sobre todo en cuanto a sus problemas de salud mental; es decir, hay una propensión a evitar el rol del enfermo, como si fuera incompatible con el rol del médico, por lo que estudiar las representaciones que tienen sobre su propia salud mental, así como sus estrategias y prácticas de autoatención podrían permitir entender de mejor manera cómo abordar el problema de manera integral.

1.2 ANTECEDENTES

En la actualidad, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) no se han realizado investigaciones que permitan comprender más sobre la salud del médico residente de la especialidad de Psiquiatría durante su trayectoria formativa de especialización. Y, en México, desde una mirada antropológica, no pude encontrar trabajos de investigación dedicados al análisis de la salud mental de los psiquiatras. Sin embargo, parte del interés en desarrollar la presente investigación surgió a la inspiración de haber leído investigaciones anteriores similares como las realizadas por la Dra. Graciela Freyermuth en (1986) sobre estrés y fatiga en médicos residentes de posgrado, la Dra. Vesta Richardson (2006) sobre quién cuida a los residentes y de la Dra. Luz María Arenas (2003) en torno al autocuidado en los profesionales de la salud. En las conclusiones de estas investigaciones, se exhorta a los lectores a continuar investigaciones similares en un futuro, derivado de la importancia del tema.

A nivel nacional, se pueden mencionar otras investigaciones y publicaciones relacionadas al tema de la salud en médicos/cas residentes desde diferentes perspectivas de las ciencias sociales y la Medicina como los siguientes: Martínez-Lanz, Medina-Mora y E. Rivera, (2005) sobre adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. Carlos Francisco Arias (2011) sobre las jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes en México. La tesis de especialidad de Pediatría de Kuhn (2006) sobre factores de riesgo y comorbilidad del síndrome de desgaste profesional en un hospital de tercer nivel. La investigación de Pérez-Cruz (2006) sobre el síndrome *burnout* como factor de riesgo de depresión en médicos residentes o estudios sobre prevalencia de episodios depresivos en médicos residentes del Hospital Juárez, Rosales, Gallardo Contreras y Conde Mercado (2005).

A nivel internacional se destacan las aportaciones de Tyssen y Vaglum (2002) sobre la salud mental en médicos jóvenes, o de Wolfberg también en (2002) sobre la salud de los profesionales de la salud.

En cuanto a las altas tasas de ansiedad, depresión y estrés entre psiquiatras, así como sus altas tasas de suicidios, existen investigaciones como en las de Blachly, Disher y Roduner (1968), Rose and Rosow (1973) y De la Cruz, Corominas y Sarró (1988).

1.3 JUSTIFICACIÓN

Explorar desde la antropología médica cómo una trayectoria formativa de especialización (residencia médica) requiere de una adaptación a las exigencias académicas y profesionales de una cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), puede permitir arrojar nueva y valiosa información sobre cómo significan y cuidan su salud mental, pues los médicos/cas psiquiatras serán quienes, a su vez, salvaguarden la salud mental de la población mexicana de manera especializada.

Como se expuso en el planteamiento del problema, los médicos/cas residentes experimentan altos niveles de ansiedad, depresión y estrés Anderson, (2018), Brodsky, (2018), Van der Heijden et al, (2008), así como altas tasas de suicidio, en particular los psiquiatras, De la Cruz, Corominas y Sarró, (1988), Rose y Rosow, (1973), y Blachly, Disher y Roduner, (1968).

En un artículo denominado “Prevención del suicidio en médicos” de 2013, Mingote et al, hablan sobre ciertas condiciones asociadas a la profesión del médico, y donde la autoatención, y en específico la automedicación, cobran mucha importancia, sobre todo cuando existe un proceso de salud, enfermedad y atención derivado de un problema de salud mental: “Los médicos tienen unas necesidades asistenciales específicas por sufrir elevados niveles de alcoholismo, dependencia de drogas, rupturas matrimoniales, enfermedad mental y suicidio. La automedicación es muy frecuente entre los médicos, en especial con hipnóticos, antidepresivos y analgésicos opiáceo” (Mingote, et al, 2013:176).

En este sentido, es indispensable conocer las posibles razones por los que tentativamente los médicos/cas residentes de Psiquiatría pueden desarrollar ideas suicidas, por lo que estudiar las búsquedas de atención y autoatención de los

médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría durante su trayectoria formativa de especialización, podría arrojar luz respecto a un probable problema de salud pública. También es importante señalar que los actuales médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría, serán quienes formen a las próximas generaciones lo que los convierte en piedra angular sobre sus condiciones formativas y de salud.

A pesar de la existencia de varios estudios e investigaciones biomédicas que hablan sobre la deteriorada salud mental de los médicos/cas residentes en México y en el mundo; en la actualidad, en México hay muy escasos estudios que profundicen en torno a la salud mental de los psiquiatras y más escasos aún, las investigaciones que se han enfocado en entender cómo los residentes de Psiquiatría significan su propia salud mental y qué hacen para cuidarla. La investigación propuesta dará respuesta a este vacío en la literatura antropológica mexicana y los resultados generarán información útil para mejorar la calidad de vida de los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría a partir de sus propias subjetividades.

Se decidió realizar la presente investigación con médicos/cas residentes de segundo y tercer año de la especialidad de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) por ser ésta, una institución prestigiada de tercer nivel de atención, destacada no solo en el diagnóstico y rehabilitación de miles de pacientes con diversas condiciones neurológicas y psiquiátricas a nivel nacional. Pero, además, el INNN desde su fundación tiene como misión la formación de médicos/cas especialistas en áreas como la Neurología, neurocirugía y la Psiquiatría.

De esta manera, la presente investigación puede ser usada para diversas aplicaciones y en concreto para tres fines específicos:

- a) Puede ser utilizada como motivo de autorreflexión para los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría respecto a las representaciones, estrategias y prácticas utilizadas para cuidar su propia salud mental.
- b) Generar conocimiento que identifique determinadas alarmas en la salud de los médicos/cas residentes para que diversas instituciones de salud de tercer

nivel, puedan implementar o reforzar tanto iniciativas como programas preventivos y de promoción a la salud mental que estén dirigidos a médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría (y de otras especialidades) durante su trayectoria formativa de especialización. Lo anterior, no sólo podría favorecer la salud de éstos, sino de forma indirecta a la salud de la población que los residentes atienden.

- c) Se pretende, a través de la presente investigación antropológica, abrir y fomentar la gestación de más investigaciones cualitativas que aporten al universo científico respecto a la salud y el cuidado de los médicos residentes en México; sobre todo, desde la Antropología Médica, subdisciplina que podría aportar interpretaciones sobre las dimensiones culturales de la salud de los médicos/cas residentes y, esbozar nuevas líneas de investigación académica, así como estrategias de prevención y políticas de salud pública.

1.4 OBJETIVOS GENERALES

Dentro de los objetivos generales de esta investigación se estableció el describir y analizar las representaciones que tienen los médicos/cas residentes del segundo y tercer año de la especialidad en Psiquiatría del (INNN), respecto a su salud mental.

Otro de los objetivos generales planteado en función de cómo cuidaban o descuidaban su salud mental, fue el describir y analizar las estrategias y prácticas de autoatención así como las búsquedas de atención que llevan a cabo los médicos/cas residentes del segundo y tercer año de la especialidad en Psiquiatría del (INNN), para cuidar su salud mental.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para complementar dichos objetivos generales, se plantearon una serie de objetivos específicos, como, por ejemplo, describir y analizar cómo es representada la salud de manera general, y la salud mental de manera específica por los residentes durante la especialidad médica. Otro objetivo específico importante se situó en

describir y analizar las estrategias de búsqueda de atención de los médicos/cas residentes para atender un problema de salud mental. Además de esto, era fundamental buscar describir y analizar si los médicos/cas residentes hacen uso de la autoatención y de ser así, comprender cómo es dicha autoatención y cómo es representada por los propios médicos/cas. Por consiguiente, otro objetivo particular fue describir y analizar el tipo de estrategias y prácticas de autoatención que son llevadas a cabo por los médicos/cas residentes para atender su salud mental y preguntarse qué significados le atribuyen los médicos/cas residentes a cuidar o descuidar su salud mental.

Con relación a lo anterior, otro objetivo específico fue describir y analizar si la cultura organizacional biomédica incide en la significación de su propia salud mental en los médicos/cas residentes y de qué manera. Finalmente, los últimos dos objetivos específicos eran describir y analizar si la salud mental de los médicos/cas residentes es representada y cuidada bajo el paradigma de una salud funcional, y si los médicos/cas residentes asumen un rol del enfermo o de paciente en el cuidado de su salud mental.

1.5 HIPÓTESIS

Durante la trayectoria formativa de especialización, (residencia médica), los médicos/cas de la especialidad de Psiquiatría, se insertan en una cultura que requiere de una adaptación a determinadas normas, exigencias y nivel de desempeño tanto académico como profesional que inciden en su formación, estilos de vida, y posibilitan afectaciones a su salud mental expresadas como ansiedad, depresión y estrés, así como ideación suicida como han sugerido estudios previos como el de Martínez-Lanz, Medina-Mora y Rivera (2005).

Este proceso de adaptación a una cultura organizacional biomédica, concepto que tomo de Muñoz, (2014) también incide en la configuración de determinados habitus (Bourdieu, 1997), lo que incluye determinadas búsquedas de atención, así como en las estrategias y prácticas de autoatención (Menéndez, 2006) que emplean para

atender su propia salud mental. La necesidad de mantener una salud funcional (Nichter, 2006), incide en la negación del residente por asumir tanto el rol de enfermo como el rol de paciente al no buscar ayuda profesional, lo que provoca en los mismos médicos/cas, una predisposición a mantener o desarrollar adicciones, malestares, trastornos y patologías que inciden de forma negativa en su salud, y en su formación profesional.

1.6 DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico fue eminentemente cualitativo, con el objetivo de generar conocimiento científico a través del empleo de instrumentos y técnicas como las entrevistas semi-estructuradas y la observación participante.

La presente investigación pretendió la realización de un total de 20 entrevistas semi-estructuradas (a médicos/cas residentes) y 3 semi-estructuradas (a supervisores/as) dentro de un periodo de 3 meses (septiembre a diciembre 2018), lográndose 14 de estas entrevistas a los residentes, y 2 con los supervisores.

Durante mi estancia en campo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas a cada uno de los 14 médicos/cas residentes seleccionados, 5 del segundo año (R2) y 4 del tercer año (R3), 3 del primero año (R1) y 2 más a residentes del cuarto y último año (R4). De las 14 entrevistas realizadas, se incorporaron a esta tesis las narrativas de 12 médicos/cas residentes, ya que por razones personales uno de los participantes decidió que su entrevista no apareciera en la investigación y en otro caso, por problemas técnicos con el audio, se perdió la entrevista. En total, según la información obtenida mediante los supervisores, hay 21 residentes en la especialidad de Psiquiatría repartidos en los cuatro años formativos, de los cuales 6 son hombres y 15 son mujeres. La edad de los residentes consultados comprende el grupo etario entre los 25 a los 35 años, y al menos el 50% provienen de otros estados de la República.

Médicos/cas residentes entrevistados

| Año de la residencia | Género | Narrativa incorporada a la tesis |
|-----------------------------|---------------|---|
| R1 | Femenino | SÍ |
| R1 | Femenino | SÍ |
| R1 | Femenino | SÍ |
| R2 | Masculino | SÍ |
| R2 | Masculino | SÍ |
| R2 | Femenino | SÍ |
| R2 | Femenino | SÍ |
| R2 | Femenino | SÍ |
| R3 | Masculino | NO |
| R3 | Femenino | SÍ |
| R3 | Femenino | SÍ |
| R3 | Femenino | SÍ |
| R4 | Masculino | SÍ |
| R4 | Femenino | NO |

Supervisores/as consultados

| Puesto | Género | Narrativa incorporada a la tesis |
|---------------|---------------|---|
| Supervisor | Masculino | SÍ |
| Supervisora | Femenino | SÍ |

Aunado a ello, como complemento de la información obtenida en las entrevistas con los residentes, se realizó una entrevista semi-estructurada a cada uno de los 2 supervisores/as seleccionados. No olvidar que también se realizó un seguimiento a los médicos residentes de la especialidad de Psiquiatría donde se privilegió el empleo de la técnica de la observación participante en las actividades diarias, y

espacios formativos de los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría. Dichos espacios se concentraron en el área de descanso de los residentes, en las guardias de Psiquiatría, clases de Psicodinamia, y Nosología Neuropsiquiátrica, entrega de guardias, pase de visita, seminario de presentación de casos complejos de diagnóstico diferencial, y en tan solo una ocasión, el acompañamiento a consulta a pacientes, invitado ex profeso por una residente de tercer año. Dicha aproximación vía la observación participante, permitió comprobar o contrastar información proporcionada por los residentes durante las entrevistas semi-estructuradas.

1.7 UNIVERSO DE ESTUDIO

Se seleccionó como actor principal, a la población de médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría del INNN que pertenecieran al segundo y tercer año (R2, y R3) de la residencia médica. Es decir, de un universo poblacional de 21 estudiantes de todos los distintos años de la especialidad, se lograron realizar 14 entrevistas, incorporándose de éstas, solo 12 narrativas a la tesis por razones de confidencialidad y problemas técnicos con uno de los audios. Se han seleccionado como actores principales a los grupos pertenecientes al segundo y tercer año de la residencia (R2 y R3) ya que ambos conjuntos se encuentran a la mitad de su etapa formativa de especialización, y permitirían un universo más homogéneo al ser parte de años formativos subsecuentes, y tras haber cursado al menos ya un año completo en la residencia.

No obstante, como actores secundarios, se propuso incorporar la voz de los residentes del primer y cuarto año para complementar la información obtenida, así como la presencia de supervisores/as de los médicos/cas residentes para contrastar la información obtenida a través del seguimiento etnográfico y las entrevistas a los residentes. A través de la voz de los supervisores, se incorporó la narrativa y perspectiva de un actor que finalmente está a cargo de formar y supervisar el aprendizaje y rendimiento de los psiquiatras en ciernes, lo que se pretende, proporcione datos empíricos respecto a la adaptación de los residentes a la trayectoria formativa de especialización, la significación sobre la salud mental de los

residentes y sobre las estrategias y prácticas de cuidado y autoatención que llevan a cabo los residentes para cuidar su propia salud mental.

1.8 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Como primer criterio de selección, los médicos/cas residentes entrevistados y observados, debían pertenecer a la especialidad de Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez y debían encontrarse estudiando el segundo y tercer año de la residencia médica en el caso de los actores principales, así como pertenecer al primero y cuarto año en el caso de los actores secundarios.

En cuanto a los supervisores/as, ellos y ellas debían constituirse como médicos/cas docentes y adscritos de los médicos/cas residentes seleccionados. Tanto los residentes como los supervisores/as debían estar interesados en participar en la investigación, y aceptar el formato impreso de consentimiento informado, manifestando su conformidad con su participación en el estudio.

Algunas categorías de análisis que se consideraron fueron:

- Género – Derivado de poder analizar posibles diferencias en el trato jerárquico entre hombres y mujeres, ya fueran supervisores o residentes, así como por considerar cualquier indicio de violencia de género.
- Nivel socioeconómico y trayectoria cultural – Debido al interés en contemplar las distintas dificultades económicas, sociales y culturales para llegar a la especialidad y para poder mantenerse en ésta.
- Procedencia (de otros estados de la República o de la CDMX) - Debido al interés en contemplar las distintas dificultades económicas, sociales y culturales para llegar a la especialidad y para poder mantenerse en ésta.
- Vivir en la residencia del INNN o no – Debido a la intención de buscar diferencias, beneficios y dificultades entre radicar en el instituto o vivir fuera del mismo.

1.9 CODIFICACIÓN Y ANÁLISIS

Para comenzar el proceso de codificación de la información, fue menester central el transcribir absolutamente todo audio de entrevista, así como pasar en limpio la observación participante plasmada en notas de campo. En un segundo momento, se buscó codificar la información obtenida a partir de categorías significativas para la investigación.

Una vez con el material transcrito, y habiendo codificado en categorías generales sobre la problemática, se sistematizó en temas centrales y subtemas. Más adelante, se realizó una matriz de datos, triangulando la información según cada tema o subtema para generar evidencia.

Cabe destacar, que se codificó de manera inductiva, (rescatando códigos emitidos por los mismos informantes) así como de manera deductiva, utilizando conceptos previamente trabajados en otras investigaciones y reincorporados en el presente proyecto para el posterior análisis de la información.

En cuanto a la codificación y el análisis de la información, se generaron grandes categorías, temas y subtemas, que dieron paso a la comparación y triangulación de información.

1.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Fue indispensable para esta investigación, buscar reducir al máximo la intromisión y las interrupciones a los tiempos destinados a la formación y trabajo de médicos/cas residentes, por lo que las entrevistas se ajustaron y programaron en función de los tiempos y necesidades de los propios residentes, de sus supervisores y del instituto. Se buscó en todo momento respetar y cumplir con las normativas y reglamentos del Instituto, así como respetar los espacios restringidos.

Aunado a lo anterior, cabe destacar que, en determinados momentos durante el seguimiento etnográfico a los residentes, se portó una bata blanca con la intención de reducir la ambigüedad y malentendidos que se pudieron generar ante la

presencia de un investigador externo dentro de una institución hospitalaria, ya fuera con otros médicos, profesionales de la salud y/o pacientes. A su vez, es fundamental aclarar que la presente investigación no tuvo por objeto, el trabajar con pacientes de ninguna manera.

La confidencialidad y la transparencia fueron una piedra angular para este estudio, siendo menester el presentarme como investigador, explicitar el objeto de la investigación, así como la metodología empleada, y por supuesto, fue imprescindible el contar con un consentimiento informado impreso, leído y firmado por los informantes entrevistados. Aunado a lo anterior, y de manera independiente al consentimiento informado, se mantendrá el anonimato de los informantes en la presente investigación y en posibles publicaciones, a menos que el informante solicite lo contrario. Por lo anterior, en esta tesis se han cambiado los nombres de los participantes y omitido información personal adicional al tema de investigación aquí desarrollado, que pudiera en un momento dado, arriesgar la confidencialidad de este estudio y visibilizar la identidad de los participantes.

Es importante puntualizar que la presente investigación se realizó gracias a la apertura y colaboración del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) a través del laboratorio de Violencia y Género del departamento de Investigaciones Socio-médicas, sin embargo, la presente es una investigación a nivel maestría con el fin de producir una tesis que se ajusta y cumpla los requisitos explicitados para Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social (CIESAS) bajo el marco de investigaciones del Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT). La investigación se realizó bajo los recursos económicos que destina el mismo consejo y con la exigencia específica de los tiempos para la investigación que exige el CONACYT; es decir, comenzando en septiembre del 2018, y concluyendo en agosto del 2019, y donde el marco del trabajo de campo comprendió un lapso de 3 meses, es decir, de septiembre de 2018 a diciembre del mismo año.

Finalmente, cabe destacar que, como compromiso central de la presente investigación, y a manera de devolución de la información obtenida, se propuso la

organización de una ponencia o seminario al término del presente estudio, y donde se presentará una descripción de la investigación realizada con un análisis de los resultados de la información obtenida.

1.11 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Para este marco teórico conceptual, considero vital el definir que un médico/ca residente es un profesional de la salud que después de haber obtenido un título médico, decide incursionar en una especialidad de Medicina. Para poder acceder a este privilegio, los estudiantes de medicina se someten a una serie de concursos de máxima exigencia académica, y de acuerdo con el resultado ingresan al sistema de residencias médicas en el área donde pretenden especializarse. Aunado a complementar su formación, durante esta etapa, los médicos/cas residentes también cubren una necesidad no resuelta por otros medios; es decir, el brindar atención al sobresaturado sistema de salud (público y privado), convirtiéndose así en una figura liminal retomando a Victor Turner (1988), que oscila entre ser un estudiante y un trabajador en esta fase formativa. El concepto lo incorporo para definir la ambigüedad de la figura laboral del médico/ca residente, quien es nominalmente un estudiante en formación que recibe una beca monetaria y no un sueldo como tal, pero quien conlleva jornadas laborales que frecuentemente rompen con lo establecido en la misma Ley Federal del Trabajo que en su artículo 123 establece jornadas laborales de ocho horas, es decir, un máximo de 48 horas semanales, con la finalidad de garantizar la integridad física y mental del trabajador y mejorar su desempeño.

En cuanto a la residencia médica, es bien reconocida en todo el mundo como una etapa de especialización que comprende entre 3 y 5 años y que básicamente consiste en un trabajo formativo en el que en el mejor de los casos se obtiene una beca monetaria, (la mayor parte de las veces dispar con relación al trabajo desempeñado y la capacidad adquisitiva del país).

Es importante señalar que la residencia médica se encuentra dentro de una cultura organizacional de tipo biomédico, por lo que, para este fin en específico, retomo a Rubén Muñoz, para definir que “toda institución es un reflejo de la sociedad en la que se inscribe y está articulada, en su funcionamiento y constitución, con sus procesos sociales y políticos”. (Muñoz, 2014:316). Rubén Muñoz retoma el concepto de cultura organizacional de Pettigrew (1979) y lo lleva al terreno de las instituciones hospitalarias biomédicas, utilizando el concepto de cultura organizacional biomédica, como “una serie de dimensiones socioculturales, simbólicas y materiales en las que las representaciones sociales, los discursos y las prácticas de los actores están ordenadas, e institucionalizadas, por las pautas y expectativas de conducta que las condiciones de la praxis en el campo social ponen en juego”. (Muñoz, 2014:316).

Para reconocer qué representaciones sociales y prácticas tienen, los médicos/cas residentes de Psiquiatría para significar y cuidar su propia salud mental dentro de la cultura organizacional biomédica, me sirvo del concepto habitus de Pierre Bourdieu (1997) entendiendo este concepto como una serie de "disposiciones" o esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir prácticas y estilos de vida parecidos. El concepto de habitus definido por Pierre Bourdieu se refiere a un “sistema de disposiciones adquiridas por aprendizaje y producto de la experiencia biográfica. El habitus se constituye en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas y gustos”. (Bordieu en Alvarez Sousa, 1996:152).

Determinados habitus dentro de la cultura organizacional biomédica pueden entenderse en función de cómo representan su salud mental los médicos/cas residentes de Psiquiatría y cómo es que la cuidan. Por lo anterior, también me sirvo del concepto de estrategia para comprender qué prácticas llevan a cabo los médicos/cas residentes para cuidar su propia salud mental. Acorde a Bordieu, el concepto de estrategia se entiende “como un conjunto de prácticas que tienen una dirección o intencionalidad objetiva sin ser conscientemente asumida. El habitus

orienta y gestiona dichas estrategias, identificando las oportunidades y restricciones que le son impuestas a los agentes". (Bourdieu en Wilkis, 2014: 126).

En este punto, también es necesario definir el concepto de práctica, pues para Bourdieu (1997) se puede entender como la manera en que se articulan y operan los productos objetivados y la acción. Para Bourdieu, la "práctica es el lugar de la dialéctica del opus operatum y el modus operandi, de los productos objetivados y los productos incorporados de la práctica histórica". (Bourdieu, 1997).

Determinados habitus dentro de la cultura organizacional biomédica pueden verse reflejados durante la etapa de especialización de los médicos/cas residentes como por ejemplo el privilegiar y exhortar la salud funcional sobre la salud misma del sujeto, entendiendo salud funcional a través de la definición de Mark Nichter (2006) quien la asume como "la salud vista como un estado relativo que se mide en función de la capacidad que tenga un sujeto para realizar cierto tipo de actividades y tareas normales para su propia vida". (Nichter, 2006:113). Es algo que ya Barret (1996) definía como una de las características que distinguen a la Psiquiatría occidental desde el Siglo XIX, es decir, la idea de un sujeto auto-contenido capaz de actuar e interactuar de forma independiente en el mundo, como si esto fuera sinónimo de ausencia de anormalidad y sufrimiento. Barret, (1996). En la presente investigación, utilizo el concepto de salud funcional de Nichter, (2006) para definir cómo la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) exhorta al médico/ca residente a la resistencia, el rendimiento y la productividad, es decir, mantener la capacidad de afrontar las actividades y tareas propias de la especialización, pese a las adversidades y en ocasiones, consecuencias deletéreas para su propia salud.

Durante su tránsito por la especialidad, los médicos experimentan determinados ritos de paso, por lo cual retomo a Víctor Turner (1988) para describir las distintas fases por las cuales atraviesan los residentes durante cada año de su formación. Hay que recordar que, para Turner (1988) retomando a Van Gennep, los ritos de paso o de transición, conllevan cambios de edad, estatus, lugar, rol y posición social, además del tránsito por tres distintas fases.

La primera fase (de separación) comprende la conducta simbólica por la que se expresa la separación del individuo o grupo, bien sea de un punto anterior fijo en la estructura social, de un conjunto de condiciones culturales (un estado), o de ambos; durante el período liminal intermedio, las características del sujeto ritual (el pasajero) son ambiguas, ya que atraviesa un entorno cultural que tiene pocos, o ninguno de los atributos del estado pasado o venidero, y en la tercera fase, (reagregación o reincorporación) se consuma el paso. (Turner, 1988: 102).

Para Turner (1988), la liminalidad es justo la transición entre desprenderse de un estatus anterior, pero sin aún adquirir el venidero. El tránsito por este umbral o límen, lo define Turner de la siguiente manera: "(...) en y fuera del tiempo, dentro y fuera de la estructura social secular, que evidencia, aunque sea fugazmente, un cierto reconocimiento —en forma de símbolo, si no siempre de lenguaje— de un vínculo social generalizado que ha dejado de existir pero que, al mismo tiempo, debe todavía fragmentarse en una multiplicidad de vínculos estructurales". (Turner, 1988:103).

En los médicos residentes se genera la expectativa de que al terminar esta fase de liminalidad, puedan finalmente erigirse como médicos especialistas, con los beneficios económicos y simbólicos que esto conlleva. Para fortalecer este análisis del tránsito por la especialidad, he decidido incorporar como eje central, la noción de trayectoria formativa de especialización, retomando a Eliot Freidson (1978) pues para él, una trayectoria formativa trata de "una secuencia de acontecimientos sociales que podemos definir por los roles e imputaciones que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo". (Freidson 1978, citado en Osorio 2001: 40).

En muchas ocasiones, (no siempre) el médico/ca residente reconocerá y estará consciente de que, durante su trayectoria formativa de especialización, las condiciones formativas serán difíciles y las adversidades muchas, incluso en detrimento de su propia salud y en específico de su salud mental. Para la presente investigación retomo como punto de partida la definición de salud mental emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) "como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". (OMS, 2013). En cuanto a un

trastorno mental, la misma OMS en 2019 lo define como “una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás” (OMS, 2019). Sin embargo, al considerar que dichas definiciones son insuficientes por enfocarse casi de manera exclusiva en nociones como la productividad y la funcionalidad en sociedad en el caso de salud mental, o por situarse casi de manera exclusiva en alteraciones a nivel individual en la conducta del sujeto como sucede en el caso del concepto trastorno mental; busqué en la misma antropología autores que pudieran problematizar ambas definiciones, encontrando eco en Arthur Kleinman (1997), (2012) y Veena Das (1997). Dichos autores consideran que un trastorno en la salud mental es mucho más que nosologías biomédicas de etiología eminentemente biológica cuya expresión es primordialmente individual, sino que un trastorno mental también puede ser comprendido como una forma de expresión, y a su vez consecuencia, de un sufrimiento social. Es importante mencionar que en la presente investigación se decidió trabajar con médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría, entendida como la especialidad médica “dedicada al estudio de los trastornos mentales con el objetivo de prevenir, evaluar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas con trastornos mentales y asegurar la autonomía y la adaptación del individuo a las condiciones de su existencia”. (Ey & Bernard, 1995: 59).

Ahora bien, durante la trayectoria formativa de especialización de los médicos/cas residentes, la construcción del habitus (Bourdieu, 1997) determinado por la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), orienta las representaciones que tienen sobre su propia salud mental, así como las estrategias y prácticas de cuidado de sí mismos, es decir, búsquedas de atención y autoatención.

Para entender las prácticas de cuidado de los residentes para atender su salud mental, retomo el concepto de autoatención de Eduardo Menéndez. Utilizo el concepto de autoatención en lugar del concepto de autocuidado, por el carácter inclusivo del primero, donde las decisiones no solo son a nivel sujeto sino en su conjunto; es decir acciones grupales y sociales para hacer frente a diversos

procesos de salud, enfermedad y atención. De esta forma, para Menéndez, la autoatención se puede entender como:

las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. (Menéndez, 2005: 54).

La definición de autoatención de Eduardo Menéndez hace mención a la no intervención directa e intencional de curadores profesionales, lo que me inhibiría de utilizar dicho concepto para trabajar con el cuidado de la salud mental propia de los médicos/cas en esta investigación. Sin embargo, para mí, la autoatención abarca cualquier conjunto social, incluidos los curadores profesionales como los médicos. Yo propongo que los médicos no necesariamente incorporan la intervención directa e intencional de otros curadores profesionales y, cuando se atienden a sí mismos, lo hacen con referencias biomédicas que ajustan, cambian y moldean, alejándose del paradigma biomédico que utilizan para atender a sus propios pacientes. Por lo anterior, para mí la auto-prescripción y el tratamiento en este caso ya se hacen de manera relativamente autónoma como sucede con otros grupos sociales, cumpliendo la definición de Eduardo Menéndez.

Mi interés en enfocarme en la autoatención de los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), parte del hecho de que, para mí, la autoatención puede evidenciar, no sólo la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), sino otras dimensiones sociales, políticas, económicas y culturales en las cuales está inserta, pues la autoatención se constituye estructuralmente, devela relaciones de hegemonía y subordinación, así como la relación que guardan los sujetos con la biomedicina y con otras formas de conocimiento. Para Eduardo Menéndez, “la autoatención se constituye estructuralmente e implica la acción más racional, en términos culturales, de estrategia de supervivencia e inclusive de costo-beneficio no sólo económicos, sino de tiempo por parte del grupo” (Menéndez, 2005:59). Además, para el autor,

también la autoatención “evidencia de forma simultánea el pragmatismo y la auto-explotación de los sectores subalternos” (Menéndez,2016:21).

En este punto, es vital especificar que la autoatención también incorpora a la automedicación. Entendida esta práctica como el consumo de fármacos y otras sustancias no consideradas como medicamentos para intervenir en procesos de salud, enfermedad y atención o incluso para potenciar un mejor rendimiento para actividades específicas. Según Menéndez:

la autoatención y la automedicación no refieren sólo a la intervención sobre los padeceres, sino también deben ser referidas a la aplicación de tratamientos, al consumo de sustancias o a la realización de actividades que, según los que las usan, posibilitarían un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral. Son sustancias y acciones que no sólo posibilitarían salir de la angustia, de la depresión o del dolor, sino que permitirían ciertos rendimientos y goces. Desde esta perspectiva las diferentes formas de adicción pueden ser consideradas parte del proceso de autoatención. (Menéndez, 2005: 60).

Dicho lo anterior, Eduardo Menéndez no sólo menciona que la autoatención es la primera y principal forma de atención de cualquier conjunto social, sino que “a través de la autoatención, los sujetos se apropian de las otras formas de conocimiento y las relacionan, y es en este proceso que se generan consecuencias negativas y positivas para la salud”. (Menéndez, 2005: 63).

Finalmente, propongo la utilización de lo que yo defino como el “síndrome del superhéroe”. Yo defino este fenómeno como un efecto de la cultura organizacional biomédica sobre los residentes durante la trayectoria formativa de especialización, donde se enfatiza la importancia de mantener una salud funcional y que consiste en adoptar un habitus (Bourdieu, 1997) de mayor resistencia frente a prácticamente cualquier adversidad durante su trayectoria formativa de especialización y/o cualquier situación deletérea que afecta al común de los seres humanos promedio, por ejemplo: Adicciones, privación del sueño, mala alimentación, sobrecarga horaria, desgaste físico y emocional, etc. A su vez, se rechaza la adopción de ciertos roles como el rol del enfermo o del paciente, como si fueran incompatibles con la del médico cuando la salud mental es afectada. En este caso, cuando hablo de roles, retomo a Bourdieu (1997) para entender la posición que adoptan los sujetos respecto a un habitus específico en un campo social determinado, en el caso de esta investigación, la residencia médica. Para abordar y definir dichos roles, retomo

a Parsons (1961) en Martínez-Hernández (2008) y a Goffman (2006). Negar el rol de enfermo representaría no asumir el costo funcional de frenar o abandonar temporalmente actividades, roles y responsabilidades de la vida diaria por un trastorno en la salud. Mientras tanto, cuando se niega el rol de paciente, hago referencia a no atender su salud con apoyo de otros profesionales de la salud, y optar por continuar con estrategias y prácticas de autoatención.

La aparente incompatibilidad entre el rol de enfermo, el rol de paciente y el ser médico, también podría explicarse derivado del estigma de poseer una salud mental deteriorada en el médico. En este punto retomo a Erving Goffman (2006) quien definió al estigma como un atributo indeseable y desacreditador por un grupo social, y que por consecuencia se concibe como una característica culturalmente inaceptable o incluso inferior. (Goffman, 2006). En esta investigación, el concepto de estigma lo incorporo para discutir su presencia en la elección de haber elegido la especialidad de Psiquiatría y en un segundo plano, incorporo el concepto para comprender el miedo al rechazo y negación del médico/ca residente de Psiquiatría para aceptar y por ende tratar de manera profesional la existencia de posibles trastornos en su propia salud mental cuando la disciplina está justamente destinada al estudio y cuidado de la salud mental.

Es importante destacar que el sistema de aprendizaje de la Medicina como carrera profesional, (sobre todo la especializada) fortalece la idea de que el médico residente debe sujetarse a condiciones de gran resistencia, para aprender mejor y convertirse así en ese ideal de médico/ca especialista, aún en detrimento de su propia salud. La misma cultura organizacional biomédica alienta al médico/ca residente a creer que puede resistir más privaciones de salud que otras personas o profesiones, reduciendo así sus posibilidades de adoptar un rol de enfermo o el rol paciente cuando su salud se ve vulnerada, y atenderse como cualquier otra persona.

Además, el síndrome del superhéroe no sólo habla de la negación del rol de enfermo o paciente, y la aparente incompatibilidad con el rol de médico, sino que también habla de la necesidad de priorizar la salud de los demás por su compromiso

profesional, es decir, los pacientes. Un superhéroe no muestra fragilidad, en raras ocasiones busca apoyo en otros y siempre está en la disposición de ayudar a los más vulnerables. En el caso de los residentes, que en efecto no son superhéroes, el habitus de la resistencia y el rendimiento enfocado a mantener la salud funcional, podría perjudicar su salud propia, y al no buscar ayuda profesional, poner en mayor riesgo su salud y la salud de los pacientes mismos.

Para discutir el concepto del “síndrome del superhéroe” retomo una investigación, realizada en 2013 por Mingote et al, nombrada “Prevención del suicidio en médicos” y donde los autores retoman a Jones (1913) para hablar del “complejo de Dios” en el médico.

Los médicos deben ser advertidos contra la tendencia defensiva a refugiarse en el rol profesional para autoinducirse un "sentimiento de superioridad" sobrecompensador de la "debilidad" de tener los mismos problemas que las personas normales. Esta compensación defensiva puede llegar a la arrogancia narcisista y al "complejo de Dios" del médico (descrito por Jones en 1913), con sentimientos irrealistas de superioridad como expresión de un persistente autoengaño patológico, que le hace vulnerable a ulteriores riesgos psicosociales y crisis más graves. (Mingote, et al, 2013: 190).

De esta manera, se reproduce la noción cultural de que ser médico/ca residente es convertirse en “superhéroe” inoculando en cada generación venidera, la idea de que durante la formación del médico/ca residente “*pain is gain*” (dolor es ganancia) o en este caso aprendizaje. Insisto en destacar que esta noción de “superhéroe” también constituye un proceso de negación de roles como el de enfermo, y el de paciente en el médico y la convicción de que siempre hay un otro (habitualmente un paciente) en mayor necesidad y por tanto más importante que cuidar que a uno mismo. Para mí, este síndrome debe ser entendido como una concatenación de fenómenos de procedencia cultural, es decir, un habitus (Bourdieu, 1997) y no un rasgo de carácter individual. El síndrome de superhéroe entonces podría considerarse como un síndrome culturalmente delimitado o *cultural-bound syndrome* del mundo occidental. Para este fin retomo a Martínez-Hernández, (2008) quien considera que un síndrome culturalmente delimitado es “un conjunto de fenómenos o estructuras de la personalidad que responden a patrones culturales y parecen mostrar una especificidad y localización determinados” (Martínez-Hernández, 2008: 63). Para retomar la existencia de síndromes culturalmente delimitados en occidente, y para

demostrar que el síndrome del superhéroe también responde a una estructura social más amplia que la biomédica, incorporé a autores como Pérez-Sales (2001) y Chul Han (2017).

1.12 CARACTERÍSTICAS Y DATOS DEL INNN

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN), es un hospital de tercer nivel dedicado al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrales, así como a la enseñanza y estudio de las neurociencias, enfocándose en específico en la Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.

El instituto atiende en promedio a más de 6,000 nuevos pacientes por año, ofreciendo cerca de 90,000 consultas médicas y más de 2,000 procedimientos quirúrgicos anuales, así como la publicación de alrededor de 100 artículos de divulgación científica por año.³

En un hospital de tercer nivel como lo es el INNN, se imparte consulta de alta especialidad que ameritan aquellas enfermedades complejas del corazón, riñón, cerebro, hígado, cáncer, SIDA, tumores, etc.; así como enfermedades que ponen en peligro la vida. La categoría de tercer nivel de un hospital incluye los servicios de hospitalización de alta especialidad y resolución, cirugía cardiovascular, hemodiálisis, tomografía axial computarizada, neurocirugía, prueba de laboratorio e investigación de gran complejidad, angiografías coronarias, radioterapia y estudio de medicina nuclear.⁴

Acorde a la investigación realizada por el historiador Daniel Vivencio en su tesis de 2018 denominada “Llevando la ciencia al cerebro, desarrollo y profesionalización de la Neurología en México de 1930 a 1964” fue en febrero de 1964 que se inauguró el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN), por el entonces

³Información obtenida del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) retomado a través de: <http://www.innn.salud.gob.mx/interna/instituto/instituto.html> última visita el 29 de mayo de 2019.

⁴ Información obtenida del ISSSTESON del Gobierno del Estado de Sonora, retomado a través de: <http://www.isssteson.gob.mx/index.php/subdirecciones/medica/serviciosmedicos> última visita el 20 de marzo de 2019.

presidente Adolfo López Mateos, lo que representó la institucionalización de la Neurología en el país. Según el mismo historiador, Vicencio (2018) uno de los factores centrales que permitieron la institucionalización de la Neurología en México fue la separación de la Psiquiatría y la Neurología en dos disciplinas independientes, “lo que implicó el arribo de un nuevo modelo de conocimiento y de práctica que puede ser entendido por el concepto de paradigma”. (Vicencio, 2018).

Para Vicencio (2018), la idea de institucionalizar la Neurología planteó tres derroteros específicos para el desarrollo de las neurociencias; 1) la investigación, 2) la docencia y 3) la atención médica, para atender a pacientes con problemas del sistema nervioso.

También acorde a la tesis de Vicencio (2018), el neurocirujano Velasco Suárez quien fue director de Neurología y a la postre director del instituto, fue quien propuso hacia 1964, realizar la construcción del instituto en el mismo terreno donde se encontraban la Unidad de Investigaciones Cerebrales y el Hospital Granja Bernardino al sur de la Ciudad de México, justo donde actualmente se encuentra el instituto en la alcaldía de Tlalpan.

En la actualidad, el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez” (INNN) se localiza en Calzada Insurgentes Sur, 3877, en el Barrio La Fama, cuyo código postal es 14269, en la alcaldía de Tlalpan dentro de la Ciudad de México. Según cifras del INEGI del censo de 2015, en la Ciudad de México viven 8,918,653 personas, y dentro de la alcaldía de Tlalpan 677,104, de las cuales, solo 367,618 son derechohabientes a servicios de salud, no se encontraron resultados respecto a personas con problemas de salud mental dentro de la alcaldía.⁵

En cuanto al instituto en específico, acorde a datos proporcionados por el Gobierno Federal respecto a sus instituciones, el INNN tuvo de enero a diciembre de 2017, 58,060 consultas totales, y 3,199 egresos hospitalarios. En cuanto al egreso de

⁵ Información obtenida del INEGI retomado a través de: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#> última visita el 29 de mayo de 2019.

residentes, 37 fueron de residentes de las especialidades (24 hombres y 13 mujeres) y en particular de la especialidad de Psiquiatría fueron un total de 6 personas, 3 hombres y 3 mujeres.⁶

Respecto al número de residentes inscritos en el INNN, el Informe Anual de Autoevaluación del Director General del año 2016 arroja que, durante el ciclo académico de ese año, se inscribieron 200 solicitantes al proceso de admisión, siendo seleccionados 51 médicos para cursar el primer año ya fuera en especialidades y subespecialidades (como especialidad se localiza Psiquiatría). Durante ese ciclo de 2016, fueron promovidos al siguiente ciclo académico 76 residentes, y se registraron solo 5 bajas.⁷

Según ese mismo informe de 2016, en el INNN se otorgaron 99,168 consultas en general, siendo el género femenino el de mayor demanda en consulta de primera vez, con un 54% del total de las consultas. En cuanto a los egresos, el informe refiere a que se realizaron 3,113, un 95.7% derivado de una alta clínica por mejoría en el estado del paciente, 1.6% por decisión propia del paciente o de la familia pese a no recibir la alta médica, y 2.7% por fallecimiento. De ese total general, 393 pacientes egresaron del área de Psiquiatría por una alta médica derivado de una mejoría, 15 por decisión propia del paciente o de la familia pese a no recibir la alta médica, y 1 por deceso.⁸

⁶ Información obtenida de Datos Abiertos del Gobierno de la República retomada a través de: <https://datos.gob.mx/busca/organization/innn> última visita el 29 de mayo de 2019.

⁷ Información obtenida del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) retomada a través de: http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/informe/informe_anual_2016.pdf última visita el 29 de mayo de 2019.

⁸ Información obtenida del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) retomada a través de: http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/informe/informe_anual_2016.pdf última visita el 29 de mayo de 2019.

Finalmente, acorde al mismo informe de 2016, el 88% de los pacientes de primera vez pertenecía a los niveles socioeconómicos más bajos, situándose en los deciles⁹ 1,2 y 3.¹⁰

II. EL INGRESO A LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

2.1 ¿POR QUÉ ESTUDIAR UNA ESPECIALIDAD?

Estudiar una especialidad médica, después de 6 años de formación base en la carrera de Medicina, representa no sólo la especialización en determinados conocimientos y aplicación biomédica, sino que también implica, la posibilidad de poder desprenderse de ser etiquetado como “médico general”. Lo anterior, no sólo permite comprender una búsqueda de movilidad social en cuanto a la aceptación y reconocimiento del mismo gremio médico, sino que también permite visualizar el estigma del gremio hacia quien desee ejercer como médico general, sin la aspiración de especializarse.

A su vez, el decidir especializarse en Medicina, responde en muchas ocasiones, a los anhelos y expectativas familiares y del entorno social más inmediato, pues se tiene la convicción de que dicha especialización, tendrá como objetivo y fin último, una escalada social y económica que les permitirá una mejor calidad de vida, no sólo para los propios médicos, sino para su núcleo familiar.

⁹ Según el INEGI, se les nombra como deciles a las agrupaciones de los hogares mexicanos acorde a sus ingresos. Estos grupos forman diez conjuntos que representan la décima parte de los hogares, siendo el primer decil el de los menores ingresos, y el décimo decil el que percibe los ingresos más elevados. Información obtenida del Financiero, retomado a través de <https://www.elfinanciero.com.mx/economia/como-se-distribuye-el-ingreso-en-mexico-enigh> última visita el 31 de mayo de 2019.

¹⁰ Información obtenida del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) retomada a través de: http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/informe/informe_anual_2016.pdf última visita el 29 de mayo de 2019.

En la presente investigación, uno de los temas eje de la guía de entrevista, se sostenía a partir de buscar entender cuáles eran las motivaciones y razones que los residentes de la especialidad de Psiquiatría podrían enunciar respecto al por qué eligieron estudiar una especialidad tras conseguir la titulación como médicos.

Más allá de las motivaciones y razones que pudieron enunciar los residentes por haber seleccionado la rama de la Psiquiatría, (tema que se abordará más adelante); la información vertida por los residentes, permite comprender más sobre los motivos que catalizan la decisión de querer estudiar una especialidad biomédica, permitiendo reconocer que no sólo figura una filiación temática por la especialidad o una convicción por desarrollarse en determinada área por convencerse de la necesidad de hacerlo, sino por una suerte de representaciones respecto a estudiar una especialidad médica como el prestigio, el reconocimiento, el dinero, y su consecuente aspiración de movilidad social.

De esta manera, durante la investigación fue evidente que muchos de los residentes entrevistados tomaron la decisión de estudiar una especialidad, por un pleno reconocimiento cultural al desprestigio que implica el “quedarse como médicos generales”, al resignificar este hecho como un acto de aparente anquilosamiento profesional, aspiración conformista y mediocre. No obstante, el aceptar esta percepción como elemento crucial en su decisión de querer especializarse, podría suponer un matiz “poco profesional” a ojos de terceros y, en consecuencia, muchos de los residentes entrevistados también aseguraron que existían otros motivos más importantes como los intereses propios, la satisfacción personal y el compromiso con su vocación.

Primero me parece muy cultural, se nos enseñó que un médico general es un mediocre y que si te quieres superar debes hacer una especialidad porque está mal visto. Ahora, más bien, lo hice por estar satisfecho con lo mío¹¹ y no por la expectativa. (Jorge, R4,17/10/2018).

Por otro lado, en el caso de los residentes que manifestaron no tener algún familiar médico, se expresó que en el entorno familiar se genera cierta incompreensión por

¹¹ El residente consultado al decir “lo hice por estar satisfecho con lo mío” se refería a su propia convicción y deseo de estudiar una especialidad médica como Psiquiatría y no derivado de la presión que reconoce se ejerce sobre los médicos generales para estudiar una especialidad, ya que de lo contrario son vistos como médicos mediocres.

desconocer cuánto tiempo más estudiará el médico. Y, a su vez, se evidenció que la presión por cursar una especialidad por el desprestigio de ser médico general no sólo proviene del gremio médico, sino de la misma sociedad que considera que en la actualidad, no basta con ser médico general y que es insuficiente en este país, probablemente por las expectativas laborales y de movilidad social que se asocian con el estudiar una especialidad médica.

Nadie en mi familia había estudiado Medicina, y les cuesta luego entender, por qué sigo estudiando. Cuando entré a Medicina, mi padre me dijo que quedarme como médico general era insuficiente en este país y él me dijo que era necesario estudiar una especialidad. Sin embargo, estudiar para médico general, no tiene un área en especial que sea de tu gusto, y estudiar una especialidad lo permite, además de tener la oportunidad de tener mayores ganancias y conocimientos. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Otra de las razones nombrada por los residentes de Psiquiatría respecto a por qué estudiar una especialidad médica, refiere estrictamente a la disparidad existente en la remuneración económica como médico general y como especialista. Para varios de los residentes, en efecto, el conservarse como médicos generales no ofrece a largo plazo, suficientes garantías para poder tener un mejor ingreso económico, lo que podría traducirse en tener mayores posibilidades de asegurar una mejor calidad de vida para ellos y para sus familias. Derivado de esto, para los residentes, el optar por una especialidad médica, significa a su vez, una inversión a mediano plazo y largo plazo. Al momento reconocen que ingresar a la especialidad, implica la percepción de un monto menor a lo que ingresarían como médicos generales, no obstante, saben que, tras egresar de la especialidad, podrán ver réditos a su inversión de cuatro años de especialización, no sólo por las potenciales posibilidades económicas sino por el conocimiento adquirido que de lo contrario no podrían obtener como médicos generales. Según refirieron los médicos/cas residentes consultados, el ingreso de un residente del primer año es de aproximadamente \$11,500 pesos, cantidad que se eleva en promedio \$1000 pesos cada año, conforme se avanza en la residencia, siendo el aumento más significativo del primer al segundo año.

Uno de los factores es la situación económica, es difícil ganar suficiente dinero como médico general. Me parece que recetar sin suficientes conocimientos está mal y por congruencia conmigo misma, es que decidí estudiar una especialidad. (Mariana, R1, 01/10/2018).

Sí genera estrés que no sea equitativo el monto de la beca, porque si fuera ahorita médico general ganaría \$2,000 o \$3,000 pesos más, pero esto es una apuesta a futuro pensando que cuando egrese ganaré más. (Miriam, R2, 27/10/2018).

De esta manera, podemos resumir que la decisión de ingresar a una especialidad médica es en sí misma una inversión a mediano y largo plazo. Y, no solo responde a una convicción vocacional, al interés por ampliar los conocimientos biomédicos o a un mero acto de congruencia profesional para así poder atender a los pacientes con un mayor conocimiento de causa; sino que también se debe en gran parte a la presión familiar, social y del mismo gremio médico por dejar de ser médico general y así poder superarse profesionalmente, para así obtener los beneficios materiales y simbólicos que en apariencia, esto conlleva al egresar de la especialidad.

2.2 MOTIVACIONES Y RAZONES DE INGRESO A PSIQUIATRÍA

Ingresar a la especialidad de Psiquiatría es por supuesto una congregación de muy diversas motivaciones, razones y experiencias personales, así como condiciones estructurales. Sin embargo, la mayor parte de los médicos residentes entrevistados coincidieron en aseverar que, en primera instancia, al ingresar a la carrera de Medicina, no tenían contemplado estudiar Psiquiatría previamente. A su vez, manifestaron que la rama de la Psiquiatría es desconocida durante gran parte de la carrera y se privilegia el acercamiento a otras áreas como cardiología, medicina interna, y Neurología, etc.

En un principio quería ser oncóloga, y luego me interesó Psiquiatría, pero al principio no porque es algo desconocida, se conocen Cardiología, Neurología, pero Psiquiatría casi no, al menos en mi plan de estudios. (Karla, R2, 31/10/2018).

Creo que en la carrera de Medicina sabes de muchas áreas en un principio, al menos lo básico, pero de Psiquiatría es muy escaso lo que sabemos y es muy poco el conocimiento para atender a un paciente psiquiátrico. (Irma, R1, 25/11/2018).

Para muchos residentes, es hasta el momento de la rotación en los últimos dos años de la licenciatura, o a través de una experiencia particular al egreso, que se generó o catalizó ese interés para poder especializarse en Psiquiatría. Ya fuera a través de una satisfactoria experiencia en el servicio social, una exitosa rotación en algún hospital en particular o por el interés sobre algún caso psiquiátrico en específico, es

que varios médicos residentes mencionaron haberse decantado por estudiar la especialidad.

Cuando hice en el San Rafael mis rotaciones de pregrado me gustó mucho el enfermo mental y la Psiquiatría y ahí es cuando pensé cambiar de Medicina Interna a Psiquiatría. La segunda vez fue cuando estudié en el Servicio Social en Chiapas y eso me permitió inclinarme a la Psiquiatría porque quería trabajar con grupos vulnerables. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

En el 5to semestre en una clase de Psicología Clínica se me hizo interesante la salud mental, entonces en el segundo año de la rotación hice Psiquiatría. Llegaban casos muy agudos, los doctores que estaban ahí me adoptaron, iba muy feliz al hospital me interesaban mucho los temas, y todo era desconocido. (Karla, R2, 31/10/2018).

Ya Psiquiatría fue porque durante la rotación conocí a un paciente que me hizo pensar que la mente humana es muy frágil y como cualquier parte del cuerpo, también se enferma, pero generalmente lo negamos y eso me motivó a estudiarla. (Juan Pablo, R2, 21/10/2018).

Varios de los residentes entrevistados, también aceptaron que, a diferencia de otras especialidades, su interés primordial no yacía en el contacto físico con los pacientes, y que, a través de la Psiquiatría, encontraron un área dentro de la Medicina donde podían ayudar a los demás mediante la comprensión de las distintas dimensiones de la condición humana, incluyendo las áreas sociales, económicas y culturales.

En mi cuarto año de la carrera llevé Psiquiatría y me enamoré de la especialidad. Yo quería que la disciplina me complementara en varios ramos, y la verdad no me gusta tocar personas, yo buscaba acercarme a las personas de una forma más global, factores sociales, económicos, que impactan en la salud mental de la persona. (Mariana, R1, 01/10/2018).

A pesar de las enunciaciones anteriores, uno de los motivos de ingreso más recurrentes, fue, que el acercamiento a la disciplina psiquiátrica, se constituyó en gran parte derivado de haber experimentado en carne propia, algún trauma o problema de salud mental propio, y que la decisión de estudiar Psiquiatría se debió al interés por entenderse a sí mismos; es decir, buscar comprender qué les sucedía y cómo poder ayudarse. Lo anterior nos permite atisbar un primer acercamiento a las representaciones del cuidado de sí mismos, pues si bien los residentes reconocen un problema de salud mental propio, en lugar de buscar ayuda externa y atenderse con otros profesionales de la salud mental; en muchos casos buscan atender su problema a través del uso del conocimiento biomédico que van adquiriendo, aunque este tampoco está exento de sufrir alteraciones respecto a las pautas establecidas en la Medicina. Es interesante notar que, en este punto en particular, la respuesta de los residentes en muchos casos se convierte en un

discurso integrador que engloba los motivos de ingreso de otros colegas, y no se limita a ser una perspectiva eminentemente personal; es decir, “el nosotros” matiza la responsabilidad de aceptar un problema de salud mental a título individual y visibiliza el propio estigma de los psiquiatras por aceptar un problema de salud mental en el gremio.

Yo creo que sí, que muchas personas que ingresaron a Psiquiatría es porque traen algo que quieren entender. En nosotros los psiquiatras, internalizamos lo subjetivo, lo místico, lo raro, pero cuando te metes a esto, tienes que trabajar sobre todo contigo mismo y eso conlleva sus riesgos en salud mental. (Jorge, R4, 17/10/2018).

No sé cuál sea la vertiente para llegar a Psiquiatría, pero yo creo que muchos compañeros estudian Psiquiatría para resolver sus propios problemas. Yo creo que lo ideal sería solucionar los propios problemas y luego atender los de los demás. (Fabián, R2, 07/10/2018).

Hay una tendencia en todas las especialidades; el doctor que en algún momento tuvo una enfermedad de niño se vuelve pediatra o al convivir con la enfermedad mental, ya sea personal o familiar te vuelves psiquiatra. (Marlene, R3, 19/10/2018).

En este punto, los mismos supervisores de los residentes, al ser cuestionados respecto a los motivos de ingreso a la especialidad de Psiquiatría, coincidieron en argumentar que un importante número de residentes lo hace porque busca entender y solucionar un problema de salud mental propio, incluso asumiendo los riesgos que esto implica en términos formativos. A la par, los mismos supervisores aceptaron que quizá el haber padecido un problema de salud mental en determinado momento de sus propias carreras médicas, fue un motivo importante para que decidieran ingresar a la especialidad de Psiquiatría. Es importante mencionar que, como referencia, a partir de ahora los testimonios de los supervisores tendrán la abreviatura *SUP* después del nombre del informante para poder ser identificados.

Yo iba para Medicina Interna, yo ya traía un problema de depresión mayor ya diagnosticado y por eso fue una de las razones importantes por las que seguramente elegí Psiquiatría, aunque en su momento por supuesto, no lo pensaba así. Por algo ingresas a Psiquiatría, ya se trae algo antes y por eso se elige la especialidad. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

Un alto porcentaje de gente que quiere ser Psiquiatra es para conjurar a sus propios demonios y entender sus propios problemas personales. Mucha gente entra a Psiquiatría porque es un depresivo crónico que busca entender y darle un mejor tratamiento a su padecimiento. Actualmente es cada vez menor, ya que las instituciones formadoras de recursos humanos le dan más interés en evaluar la situación mental general de los estudiantes. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

Otra de las razones de ingreso a la especialidad de Psiquiatría desde la narrativa de los propios actores, se vinculó a tener o haber tenido a algún familiar cercano

con un padecimiento mental que los encauzó a acercarse al estudio de la Psiquiatría.

En mi caso, tuve un familiar esquizofrénico y de niña me daba mucho miedo, pero conforme fui creciendo quise entender por qué él estaba así. En Medicina durante la rotación en Psiquiatría vi más casos similares y me acordé de muchas cosas que ya había pasado con mi familiar, y quizá ahí es donde dije que eso es lo que quería como especialidad. (Mónica, R2, 10/10/2018).

El interés por estudiar de manera especializada el tema de la salud mental, también surge por tener la intención de empatizar con los pacientes, y comprender la experiencia subjetiva del dolor, pues consideraron, que, a partir de experiencias personales pueden lograr establecer alianzas y vínculos con los pacientes, lo que podría considerarse como un rasgo de la identidad de algunos residentes de Psiquiatría.

Me di cuenta de que no pensaba ni como internista ni como cirujano, el psiquiatra ve el panorama más amplio, son más observadores y tienen más empatía con las personas. Es distinto, es una rama diferente. (Luisa, R3, 11/10/2018).

A su vez, algunos residentes consideraron que los pacientes con algún trastorno en su salud mental son en sí, grupos desprotegidos y en situación de vulnerabilidad que no reciben la atención deseada ya que no son prioridad para el gremio médico ni para la sociedad en general, lo cual fue una razón más que exhortó a varios residentes a acercarse aún más a la Psiquiatría.

Me percaté de que se me facilitaba comprender a los pacientes psiquiátricos y a un acercamiento personal para tener un buen apego al tratamiento y, además, tratar con un sector de la población que casi a nadie le importa. (Irma R1, 25/11/2018).

De chavo me hacían bullying, y entonces conocí el dolor y la experiencia subjetiva del sufrimiento a temprana edad. Entonces dije qué pinche está esto, sé lo difícil que es el sufrimiento humano y creo que puedo empatizar con ello, así como duele una apendicitis o una herida, también un problema psicológico duele y eso creo que finalmente me llevó a estudiar Psiquiatría. (Fabián R2, 07/10/2018).

Cabe destacar, que, la decisión de estudiar la especialidad en Psiquiatría tuvo que enfrentar en algunos casos al estigma del gremio mismo hacia la rama, la cual, según la narrativa de los actores, se encuentra subordinada frente a otras especialidades médicas. Además, el estigma hacia la Psiquiatría parece extenderse a otros círculos sociales como la familia o el mismo gremio médico. En muchos casos, a los residentes les cuestionaron su elección de haber optado por Psiquiatría derivado del *bricolage* de connotaciones negativas de la rama, ya fuera por

antecedentes desfavorables con la experiencia psiquiátrica o por ser considerada como una especialidad de fácil acceso que necesitaba un menor puntaje en los exámenes de ingreso a la especialidad, en comparación con otras áreas de la Medicina.

Mi familia me cuestionó el ser psiquiatra, me decían que para qué todo el esfuerzo de estudiar Medicina si iba a terminar siendo psiquiatra. Para mí sí fue un gran reto porque en mi familia no hay médicos, podría decirse que yo soy la primera, pero sí hay antecedentes psiquiátricos en mi familia por parte de mi papá, y entonces al inscribirme a Psiquiatría mi padre lo tomó muy personal cuando le platicué al respecto y muy enojado me dijo que los psiquiatras eran personas muy frías, desconsideradas, inhumanas que no ayudan a los pacientes. (Nadia, R1, 12/11/2018).

Ha sido difícil la elección, se tiene la generalización en el gremio médico de que el estudiante de Psiquiatría escogió su especialidad porque obtuvo un bajo puntaje, y que desde la carrera era un estudiante mediocre. (Mariana, R1,01/10/2018).

2.3 EL ENARM Y LA ELECCIÓN DEL INNN

Para ingresar a una especialidad médica en México, el médico general, tras haber obtenido su título de licenciatura y contar con cédula profesional, deberá aprobar el ENARM, (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas), prueba que realiza la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS). Dicho instrumento de medición se realiza anualmente en el mes de septiembre, donde se espera que el sustentante obtenga un puntaje específico acorde a la especialidad seleccionada. El objetivo del ENARM no sólo consiste en evaluar los conocimientos biomédicos de los médicos generales, sino que también, se convierte en una forma de seleccionar a los médicos generales más capacitados para continuar con una especialidad médica y así iniciar el primer paso para ingresar al Sistema Nacional de Residencias Médicas, SNRM. Cabe destacar que, según cifras del reporte global de plazas a ofertar 2018 para médicos/cas nacionales, la especialidad de Psiquiatría ofreció 164 plazas¹². Por la alta demanda e insuficientes espacios, es frecuente que los sustentantes repitan en más de una ocasión el

¹² Información obtenida de la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud de la Secretaría de Salud, retomada a través de: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2018/E42_plazas_mex_lugares_ext_2018.pdf última visita el 18 de marzo de 2019.

examen, para finalmente poder ingresar a la especialidad deseada, o bien en alguna otra especialidad con menor puntaje con el afán de prepararse mejor y aspirar a una mejor vida profesional. Es de suma importancia mencionar que, el ENARM es sólo el primer filtro para ingresar a las residencias médicas, pero es, en sí mismo, causante de tensión y estrés entre los candidatos que año con año depositan muchas de sus expectativas profesionales y laborales en aprobar el examen con el puntaje requerido por la especialidad seleccionada.

Nosotros realizamos un examen que es el ENARM, y aunque te pases todo un año estudiando puede que obtengas el promedio o no. En el transcurso de mi formación más bien los exámenes y pruebas posteriores al egreso como médico es que comienza la travesía, y puedes intentar varias veces y si no lo cumples, buscas una especialidad con determinado promedio, aunque no te llene del todo. Eventualmente lo piensas por un trabajo más estable. (Miriam, R2, 14/12/2018).

Además de obtener el puntaje requerido por la especialidad elegida, (en la edición 2018 del ENARM para Psiquiatría, el puntaje mínimo fue de 70.88 y el máximo de 81.111¹³) el candidato deberá seleccionar la institución de salud y educativa de su preferencia y cumplir con los requisitos de ingreso internos. Cabe destacar que en la elección del hospital donde se desea cursar la especialidad, intervienen una gran diversidad de factores como la aprobación familiar, la distancia, el prestigio institucional, características propias del tipo de docencia, el enfoque académico, así como el entorno del lugar, e inclusive las condiciones formativas-laborales que ofrecerá la institución. Para los residentes de Psiquiatría consultados, una de las principales razones para haber elegido el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN, a partir de ahora), fue debido, por un lado, al prestigio mismo de la institución, y, por otro, derivado del enfoque de una Psiquiatría mucho más cercana a la comprensión del campo neurológico con la posibilidad de ampliar el conocimiento sobre la dimensión psiquiátrica, considerando este hecho como un avance en el desarrollo de la disciplina de la Psiquiatría.

El INNN tiene varios pros, es la cuna de la neuroPsiquiatría, compaginando patologías neurológicas con el ámbito psiquiátrico es necesario, no estamos en los años 40 o 50, la evolución nos obliga a tener más conocimientos. (Miriam, R2, 27/10/2018).

¹³ Información obtenida de la Comisión Interinstitucional para la formación de Recursos Humanos para la Salud de la Secretaría de Salud, retomada a través de su sitio web: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2018/E42_puntajes_max_min_2018.pdf última visita el 18 de marzo de 2019.

Yo ya había escuchado muchas cosas positivas de la institución como, por ejemplo, la formación como neuropsiquiatra. La verdad es que ser psiquiatra sin tener base neurológica es para mí, insuficiente y peligroso. (Fabián, R2, 07/10/2018).

De igual manera, varios residentes de Psiquiatría mencionaron que no sólo el prestigio institucional y el enfoque neuropsiquiátrico fueron determinantes en la elección, sino que también lo fueron la estructura curricular, el equilibrio entre los contenidos académicos y las prácticas laborales, y, sobre todo, el modelo de las guardias¹⁴. En cuanto a esto último, el modelo en el INNN para Psiquiatría, está estructurado de manera que las guardias se realicen cada cuarto día, conocido de manera simplificada como guardia tipo ABCD, distinto a muchas otras instituciones formadoras de especialistas, lo que permite, un mayor margen de tiempo entre guardias, y por consecuencia un mayor lapso de descanso para los residentes. A su vez, el modelo de guardias para la especialidad de Psiquiatría en el INNN tiene como particularidad que, a partir del tercer año de la especialidad, las guardias son prácticamente vía telefónica para asesorar a los residentes de segundo año, y, ya en el cuarto y último año, no se realizan guardias, pues la responsabilidad recae enteramente en los residentes de segundo y los de tercer año fungen como asesores.

Yo había escuchado cosas sobre este instituto, donde ya había leído sobre el tipo de guardias, y el prestigio, y entonces busqué entrar acá. Hay hospitales donde las guardias son ABC, aquí es ABCD, es decir cada cuarto día, y en tercer año ya casi no hacemos guardias y a partir del 4to ya no hacemos guardias para nada. (Mariana, R1,01/10/2018).

Yo no tenía pensado estudiar en esta sede, metí papeles para el Instituto de Psiquiatría y acá también, pero cuando vine acá me gustó el modelo que presentaban porque no solo era psicodinámico sino neurológico. También me interesó el hecho de que a partir de 3er año ya no haces guardias, al menos presenciales y por eso me quedé acá. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Yo estaba buscando un lugar donde la carga de trabajo fuera menor y la carga académica mayor para tener una mejor preparación para enfrentarme a los pacientes de mejor manera, pero sin desgastarme tanto. (Miriam, R2, 27/10/2018).

¹⁴ Una guardia médica es una modalidad de trabajo del equipo de salud, su propósito es que los servicios médicos estén disponibles de forma continua y permanente a la población general, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Los turnos de guardia pueden ser de 12 horas o 24 horas, por lo general son de 24 horas rotativos cada 5 o 6 días. Información retomada a través de la página web <https://www.definicionabc.com/salud/guardia.php> última visita el 18 de marzo de 2019.

2.4 FILTROS DE INGRESO A LA ESPECIALIDAD PSIQUIÁTRICA DEL INNN

Aunado a la obtención del puntaje indicado en el ENARM para poder ser aceptado en la especialidad de Psiquiatría, el área de Psiquiatría del INNN además de cotejar los documentos solicitados, también realiza al menos dos filtros de ingreso adicionales antes de aprobar la candidatura del médico. Los residentes entrevistados nombraron la existencia de la aplicación de pruebas psicométricas y una entrevista, filtros que, a su vez, son significados como insuficientes por los propios residentes al aseverar que no permiten establecer parámetros idóneos para evaluar la salud mental del candidato y su idoneidad para estudiar la especialidad.

De hecho, nosotros hemos dicho que el examen psicométrico que hacen aquí deja mucho que desear, y por eso se pierden elementos a lo largo del camino porque deberían de hacer una mejor selección a partir de ello. (Marlene, R3, 19/10/2018).

De lo anterior estriba, que tanto los residentes entrevistados como los mismos supervisores, destaquen que la laxitud de los filtros de ingreso sea motivo para que no se detecten problemas de salud mental incipientes, que, más adelante, se podrían agudizar durante la residencia y, a su vez, podrían promover no solo conflictos con otros residentes, sino un deteriorado aprovechamiento académico, un bajo rendimiento laboral, así como una mayor tasa de deserción e incluso llegar a afectar la relación médico-paciente.

Aun así, la evaluación que se hace en los exámenes es insuficiente para poder detectar a profundidad si alguien tiene una problemática o no. Esto va surgiendo a partir del paso de los meses de la formación, no es extraño que un porcentaje de residentes no concluyen su formación, lo que llaman en educación eficiencia terminal, no sólo por asuntos vocacionales sino por asuntos de salud mental o patológicos. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

Esa es la parte difícil, al principio solo tenemos un examen y una entrevista breve, podemos ir viendo un poco de la personalidad, pero es insuficiente y ante el estrés de la residencia se magnifica todo. Es hasta entonces que podemos ver si esta persona puede inclusive ser contraproducente para atender enfermos con estas características. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

Tanto residentes como supervisores de la especialidad en Psiquiatría, reconocen que los filtros de ingreso actuales son claramente insuficientes, y, aseguran que, por el momento, sólo el tiempo y la exposición a las dificultades propias de la disciplina, permiten detectar problemas de salud mental en los residentes; sin embargo, no parece existir una preocupación mayor por modificar dichas pruebas de ingreso en el corto plazo.

Además, los supervisores coinciden en argumentar que, en lugar de ser considerados únicamente como ‘filtros de ingreso’; las evaluaciones respecto a la salud mental del próximo residente deberían de ser incorporadas más bien como herramientas preventivas más no discriminativas para así poder conocer más sobre el residente y comprender cómo salvaguardar su psique durante su trayectoria formativa de especialización. Es decir, si durante las pruebas de ingreso, algún candidato a la especialidad de Psiquiatría fuera detectado con algún trastorno en su salud mental, en lugar de negarle categóricamente el ingreso a la especialidad, lo ideal según los supervisores, sería utilizar dicha información para brindar un mayor y mejor seguimiento al residente y así evitar bajas inesperadas, prevenir inconvenientes con otros colegas residentes y reducir malas praxis con los pacientes atendidos.

Con eso no estaría pensando en negarles la oportunidad de estudiar la especialidad (en caso de algún trastorno de salud mental), pero sí nos permitiría prevenir deserciones, malas experiencias con otros residentes y evitar poner a los mismos pacientes en riesgo. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

2.5 CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO II

En este segundo capítulo se han expuesto las principales razones enunciadas por los propios médicos/cas residentes consultados respecto a por qué decidieron estudiar una especialidad médica, las razones y motivaciones para estudiar la especialidad de Psiquiatría y por qué eligieron el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) en específico.

En el caso del primer tema, es evidente que estudiar una especialidad médica responde a un *habitus*¹⁵ constituido culturalmente en el gremio médico a través de una red de representaciones y prácticas habituales para los médicos/cas generales que, al momento de egresar de la licenciatura son impulsados a especializarse

¹⁵ Para Bourdieu, un “sistema de disposiciones adquiridas por aprendizaje y producto de la experiencia biográfica. El habitus se constituye en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas y gustos”. (Bourdieu en Alvarez Sousa, 1996:152).

derivado de una desestimación del gremio médico a la figura del médico general, por las limitaciones laborales y económicas, pero también simbólicas que se le impugnan, pues al médico general se le asocian connotaciones de “mediocridad”, “falta de aspiraciones”, “inutilidad” y “fracaso”. Estas representaciones no sólo se fraguan y reproducen en el gremio médico, sino que se trasladan a la misma sociedad y por consiguiente a las familias de los médicos/cas. Los residentes reconocen la existencia de una presión familiar para continuar la formación como especialistas, derivado de toda una suerte de idealizaciones y expectativas que tienen no sólo respecto a nivel simbólico, sino económico, respecto al curso de la formación del médico en la actualidad, a quien le es insuficiente el permanecer como médico/ca general.

Derivado de lo anterior, estudiar una especialidad, no sólo responde a las exigencias simbólicas del gremio sino a una realidad estructural económica, donde los médicos/generales saben que, para aspirar a tener mayores ingresos y una mayor movilidad social en el mediano y largo plazo, deben invertir en estudiar una especialidad. La inversión representa una actividad consciente de que la curva de retribución económica en los médicos/cas especialistas será mayor que en otras profesiones y que por consecuencia, en un inicio se realizará un “sacrificio” donde quizá, en muchos casos, el ingreso económico sea menor que la percepción económica que podrían tener si se quedaran como médicos/cas generales. Ingresar a una especialidad constituye entonces un acontecimiento social importante para la trayectoria profesional de los médicos consultados, retomando a Freidson (1977), una especie de imputación simbólica, pero a su vez real, del sendero que se recomienda enfáticamente transitar para poder llegar al rol ideal del médico en la actualidad, el médico/ca especialista.

Por supuesto que, a juicio de los residentes consultados, estudiar una especialidad también implica un descubrimiento vocacional en búsqueda de un tema de interés específico para adquirir conocimientos particulares que les permitan obrar con mayor congruencia respecto la población que desean atender.

No obstante, como vimos en este segundo capítulo, los médicos/cas residentes asocian la elección de la especialidad de Psiquiatría a tres factores fundamentales que se pueden llegar a entrelazar perfectamente o existir por separado. El primero asociado a una o varias experiencias previas con poblaciones cuya salud mental se haya visto deteriorada, ya sea en un espacio de rotación de Psiquiatría durante el internado, a un ejercicio laboral previo con la salud mental, o incluso una experiencia a través del servicio social durante la carrera de Medicina. En segundo lugar, la elección de estudiar la especialidad de Psiquiatría puede ser asociada al haber vivido una experiencia con algún familiar cercano con un trastorno de la salud mental, ya sea de la familia nuclear o extendida. Finalmente, una tercera opción puede atribuirse, a juicio de los residentes consultados, a la existencia previa de algún trauma o experiencia personal cercana al conflicto mental en el pasado que les permite empatizar con mayor facilidad con el sufrimiento psíquico ajeno. Cercano a lo anterior, en muchos casos, los residentes mencionaron la existencia o posible existencia de un malestar o trastorno mental propio ya sea diagnosticado o simplemente asumido subjetivamente por el residente, *illness*. Esto propicia en los residentes, una motivación para encontrar a través de la Psiquiatría, la posibilidad de relacionar y encontrar respuestas entre y para sus inquietudes, malestares y trastornos. Lo anterior, también encuentra eco, en la intención de los residentes por buscar posibles derroteros de significación, formas de intervención (tratamiento) y pronóstico de sus malestares y trastornos. En términos de uno de los supervisores consultados, “muchos residentes eligen Psiquiatría, para exorcizar sus propios demonios”.

A su vez, en cuanto a la elección del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) los médicos/cas residentes consultados si bien consideraron el prestigio institucional como una de las razones de peso al momento de decidir cursar la especialidad de Psiquiatría, otra de las posibles razones que el análisis permite desdoblar, es haber elegido al INNN como parte de una búsqueda de legitimación respecto a la decisión de haber seleccionado Psiquiatría como especialidad. Es bien sabido, (y se puede leer en la respuesta brindada por los interlocutores residentes), que la Psiquiatría como rama de la Medicina, tiene características esencialmente

distintas al paradigma médico habitual, es decir, la Psiquiatría no sólo requiere del conocimiento biomédico tradicional, (cuyo paradigma es el ensayo de prueba y error, así como la búsqueda de la objetividad y la verdad) sino que también requiere de un nivel interpretativo de los síntomas, de comprender la subjetividad del padecer, la historia de vida del paciente y la incorporación de un acercamiento psicodinámico. Lo anterior no es otra cosa que un acercamiento a la subjetividad del paciente, así como a su contexto social y familiar, con la obligación de involucrar las dimensiones sociales, económicas y culturales al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Esta “desviación” del carácter biomédico habitual en la Psiquiatría, le ha imputado históricamente un carácter de especialidad “débil”, “mediocre”, “poco objetiva”, “laxa”, que se encuentra simbólicamente y estructuralmente subordinada respecto a otras especialidades mucho más científicas y orientadas a resultados cuantificables, medibles, observables en búsqueda de una verdad médica (Cardiología, Medicina Interna, Neurología, etc.).

Para Martínez-Hernández (2000), esta subordinación de la disciplina ha inclinado a la Psiquiatría contemporánea a legitimarse cada vez más a través del uso de la teoría y práctica de la biomedicina, lo que a su vez provoca una disyuntiva problemática ya que se distancia de otras dimensiones existentes en los trastornos mentales, alejando así a la disciplina de un conocimiento más amplio sobre el origen de los padecimientos mentales. “Por un lado, busca asimilarse a sí misma a la teoría y práctica biomédica a través de investigación que busca localizar las fuentes biológicas de la enfermedad mental y por promover el uso de imagenología cerebral y tratamientos como la terapia electroconvulsiva (ECT). En otro sentido, la aceptación de este modelo revela las limitaciones ya mencionadas arriba. De estas, la más seria es la carencia de un conocimiento etiológico sobre la mayoría de los desórdenes mentales”. (Martínez-Hernández, 2000: 22).

El estigma hacia la Psiquiatría desde el propio gremio médico, puede entenderse desde Erving Goffman (2006) cuando afirma que éste (el estigma) puede entenderse como una situación donde la persona es desprovista o inhabilitada para una total aceptación social, y, es a su vez, incapaz de utilizar las oportunidades de

progreso existentes acorde a la aprobación social, por lo que los estigmatizados suelen ser concebidos como fracasos dentro de su sociedad. (Goffman, 2006). Así, acorde a los médicos/cas residentes consultados, si bien ya son médicos generales y están en vías de ser especialistas, lo que ciertamente es aceptado y elogiado en sociedad; para varios de ellos, dentro del gremio médico, el haber elegido estudiar Psiquiatría es tildado por otros profesionales de la salud como una especialidad para médicos/cas de segunda clase que desaprovecharon la profesión, que obtuvieron de manera más fácil el acceso a una especialidad que es a su vez considerada como menos científica y rigurosa.

Para Goffman (2006), otro de los problemas medulares del estigma surge por la existencia de una expectativa difundida en donde quienes pertenezcan a cierta categoría, no sólo deberán apoyar la norma sino también llevarla a cabo. (Goffman, 2006). En este sentido, los residentes de Psiquiatría al saberse inmersos en un mundo “transgresor” de la norma biomédica por acercarse a la subjetividad humana y sus distintas dimensiones socioculturales y económicas, reconocen que no pueden corresponder enteramente con resultados concretos y objetivables respecto al terreno médico al que incursionan, por lo que utilizan estrategias para buscar adquirir un mayor grado de legitimación social dentro del gremio, al seleccionar Psiquiatría como especialidad, pero en un instituto donde la Neurología y la Neurocirugía son las especialidades protagonistas. Ya Arthur Kleinman (2012) en su artículo denominado “Antropología Médica y Salud Mental, 5 preguntas para los próximos 50 años”, menciona el impacto actual de la neurobiología en la nueva manera de asimilar la lógica científica profesional, donde sin duda alguna podemos incluir a la Psiquiatría. “Estamos viviendo a través de, según los científicos naturalistas, la era dorada de la neurobiología. No se necesita mucha visión en materia de cultura global actual para reconocer que la nueva neurobiología está refundando ambos, tanto el sentido común cultural y la lógica científica profesional sobre la cognición, el afecto y la anormalidad”. (Kleinman en Inhorn & Wentzell, 2012: 126).

Esta situación no es para nada ajena a la decisión de los residentes consultados de haber elegido el INNN como sede formativa, pues los residentes mencionaron como un atributo de suma importancia, el que el instituto ofrezca a los residentes de Psiquiatría la oportunidad de ampliar sus conocimientos psiquiátricos a través de la interdisciplina con el aprendizaje de fundamentos neurológicos. Es importante mencionar como dice Lepetit, que los intercambios interdisciplinarios como el que sucede con la existencia de la NeuroPsiquiatría “solamente pueden ser comprendidos en relación con el rol de subversión o de legitimación que juegan dentro de la disciplina que los acoge. [...]. Por consiguiente, toda transferencia de conceptos, de problemas o de métodos va acompañada de su transformación” (Lepetit (1992: 29) en Muñoz, 2015:94).

Para Goffman (2006), el estigma se produce y reproduce en donde sea que exista una norma de identidad. (Goffman, 2006). En el caso del gremio médico, se percibe por la misma Medicina en contra de la Psiquiatría a través de la cultura organizacional biomédica¹⁶, que exhorta a encontrar resultados objetivos, medibles, observables, demostrables, situación que la Psiquiatría por sí sola no puede ofrecer enteramente. De ahí que exista el estigma del propio gremio médico a la Psiquiatría por considerarla subjetiva e insuficiente en sus diagnósticos, investigaciones e intervenciones. De esta manera, y para mediar con el estigma del gremio médico sobre la Psiquiatría, y legitimar su formación, los residentes eligen estudiar la especialidad Psiquiatría en el INNN, donde la Neurología y la Neurocirugía surgen como pilares protagónicos en defensa y rescate de la Psiquiatría, y con ello, como diría Goffman (2006) también sirve para enmascarar el estigma, en este caso asociado a la especialidad psiquiátrica.

De hecho, las personas que están dispuestas a admitir la posesión de un estigma (en muchos casos porque su existencia es conocida o inmediatamente perceptible) pueden, no obstante, hacer un gran esfuerzo para que el estigma no se destaque demasiado. El objetivo del individuo es reducir la tensión, es decir, por una parte, evitar que el estigma sea para él

¹⁶ Para Rubén Muñoz, se comprende como una “serie de dimensiones socioculturales, simbólicas y materiales en las que las representaciones sociales, los discursos y las prácticas de los actores están ordenadas, e institucionalizadas, por las pautas y expectativas de conducta que las condiciones de la praxis en el campo social ponen en juego”. (Muñoz, 2014:316).

mismo y para los demás, objeto de un estudio disimulado, y, por otra, mantener una participación espontánea en el contexto oficial de la interacción. (Goffman, 2006: 123).

Para el mismo Goffman (2006), la identidad deteriorada habla de la necesidad de los estigmatizados por “normalizarse”, es decir eliminar el estigma a través de una “intervención quirúrgica” de manera que puedan ser reconocidos como sujetos que modificaron algo en su personalidad para ser entonces considerados como “aceptables” (Goffman, 2006). En este caso, los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría, al decidir ingresar al INNN no solo serán Psiquiatras, sino Neuropsiquiatras; una “intervención quirúrgica” para la transformación de la identidad desfigurada de la rama, la adquisición de un apellido con mayor prosapia que tendrá un mayor repertorio de argumentos para defender su rol y posición dentro del universo de la Medicina.

Los médicos/cas residentes consultados desean utilizar más herramientas para el diagnóstico, y el tratamiento de la enfermedad mental a través de las bases neurológicas; sin embargo, como dice Adolfo Vásquez Rocca sobre la disciplina psiquiátrica en su texto: “AntiPsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental” de 2011.

... no existe siquiera un método objetivo para describir o dar a conocer los descubrimientos clínicos sin recurrir a la interpretación subjetiva y tampoco se cuenta con una terminología uniforme y precisa que comunique exactamente lo mismo a todos. Por consiguiente, se tienen profundas divergencias en el diagnóstico, hay un influjo continuo de nuevos términos y una nomenclatura que no deja de cambiar, así como un exceso de hipótesis que tienden a ser presentadas como hechos. Además, la etiología sigue siendo especulativa, la patogénesis sumamente oscura, las clasificaciones predominantemente sintomáticas y, por tal, arbitrarias o posiblemente efímeras. (Vásquez, 2011:11).

Por su parte para Desviat, (2006) como para Martínez-Hernández (2000) la crisis de la Psiquiatría ha tenido como origen y consecuencia, la existencia de una tendencia de corte biologicista, que ha exigido la incorporación de saberes de otras disciplinas como la Neurología por contar con un aparente mayor acercamiento a la objetividad, a los resultados y a la solución rápida para diagnosticar y atender a las enfermedades mentales. “Ha sido el avance de una ideología biologicista que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro y una demanda social proteica (que busca en la Psiquiatría prontas soluciones a todo tipo de

frustraciones y carencias), quienes propiciaron, varias décadas después, la crisis de la Psiquiatría". (Desviat, 2006:8).

En cuanto a los filtros de ingreso a una especialidad, en primera instancia, los residentes consultados reconocieron al ENARM como fuente causal de estrés previo al ingreso a la residencia, siendo necesario en muchos casos, realizar el examen en más de una ocasión, convirtiéndose así en parte-aguas máximo para cursar una especialidad en México. El ENARM entonces se constituye como un evento paradigmático crucial (rito de paso fundamental) que, de transitarse exitosamente, dará la bienvenida a la figura del residente con la expectativa de convertirse eventualmente en médico/ca especialista y distinguirse así del médico/ca general que o no ha realizado el examen o bien que no lo ha aprobado con el puntaje estipulado por especialidad.

Finalmente, en cuanto a los filtros de ingreso específicos que requiere el INNN, (Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía) para estudiar la especialidad de Psiquiatría, la crítica fundamental de los residentes radicó en considerar insuficientes las pruebas psicométricas y entrevista efectuada para poder seleccionar a médicos/cas residentes con una salud mental satisfactoria, lo que en próximos capítulos cobrará relevancia al articularse con representaciones y prácticas sobre la salud mental propia durante la residencia.

III. DESAFÍOS DURANTE LOS AÑOS DE LA RESIDENCIA Y SALUD MENTAL

3.1 SALUD MENTAL DEL RESIDENTE EN PSIQUIATRÍA PREVIO A LA RESIDENCIA

Para comprender cómo significan y representan la salud mental los médicos/cas residentes de Psiquiatría durante su trayectoria de especialización, es fundamental conocer la estructura misma de la especialidad, las características propias de cada año, así como identificar los sucesos y desafíos más relevantes que enfrentan durante los cuatro años formativos. No obstante, antes de ello, también es vital conocer más sobre cómo percibían los residentes su propia salud mental previo al ingreso de la residencia.

De esta manera, los médicos/cas residentes consultados, refirieron la existencia de malestares, trastornos y crisis de salud mental previas a la residencia. Ya fuera a través de un incipiente diagnóstico propio, o, en algunos casos, derivado de un diagnóstico profesional de un especialista en salud mental; los residentes señalaron la existencia de problemas con el manejo de la ansiedad y la depresión antes de ingresar al INNN. A su vez, es evidente que la continuidad al tratamiento utilizado frente al problema de salud mental detectado antes de ingresar a la residencia, (ya fuera a través de psicoterapia, psicofármacos o ambas) se abandonó o interrumpió al momento de comenzar la especialidad por la distancia, la falta de disponibilidad de tiempo y por las exigencias de la residencia médica.

Antes de entrar a la especialidad sí tuve un episodio de depresión por una situación difícil en el trabajo, fue una situación difícil, desde ahí decidí poner el ejemplo, fui a una valoración psiquiátrica y entonces inicié el tratamiento. La verdad mejoré muchísimo, pero como me tuve que mudar acá a la Ciudad de México, tuve que dejar la psicoterapia. (Irma, R1, 25/11/2018).

El año pasado dejé la psicoterapia y los medicamentos al venir a estudiar acá. Dejé mi familia que era el estresor principal, pero si somos realistas eso quizá solo me desencadenó la fase aguda, pero hay muchas cosas en el contexto de mi propia vida que me fueron afectando poco a poco, quizá el hecho de que mi padre cuestionara el que yo fuera psiquiatra. (Nadia, R1, 12/11/2018).

Yo desarrollé un trastorno depresivo con ansiedad, yo aquí lo detecté, pero quizá ya lo traía desde antes de ingresar a la especialidad. (Jorge, R4, 17/10/2018).

Básicamente ahorita en la residencia, ha sido la única etapa donde no he tenido Psiquiatra, desde la preparatoria y durante la carrera lo tuve y tomaba antidepresivos, pero ahora ya no

tengo tiempo de ir. Ahorita, la decisión de tomar los antidepresivos fue propia, porque tenía síntomas de ansiedad, tenía muchas preocupaciones y me sentía mal. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Si bien un número importante de los residentes consultados recurrieron a psicoterapia con o sin empleo conjunto de psicofármacos antes de ingresar a la residencia, fue al momento de comenzar la especialidad médica, que la asistencia a consultas y el tratamiento se interrumpió. En muchos casos, el solo hecho del traslado de su lugar de origen a la Ciudad de México evidentemente contribuyó a la ruptura en el seguimiento a las consultas y el tratamiento, aunque también se mencionó que las exigencias de la especialidad y la escasez de tiempo durante la residencia también contribuyeron al abandono.

3.2 BECA Y LIMINALIDAD ¿TRABAJADORES O ESTUDIANTES?

Como se comentó al inicio del presente capítulo, para conocer más respecto a cómo significan y representan su propia salud mental los médicos/cas residentes de Psiquiatría, es imperativo el conocer más sobre la estructura de la especialidad, las características de la misma por año, así como conocer los sucesos y desafíos más relevantes que enfrentan durante los cuatro años formativos, acorde a sus propias voces. Es importante recordar que, en la presente investigación, el foco en sí no es hacer una reconstrucción completa y detallada de la trayectoria de los/las residentes, pero sí el encontrar en cada etapa de su formación, aspectos relatados por los mismos residentes, que permitan establecer una vinculación entre la estructura de la residencia, sus principales actividades académicas y laborales, y cómo ellos/ellas representan y cuidan su salud mental.

De esta manera, es importante señalar que la especialidad de Psiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) consta de 4 años, donde los próximos psiquiatras alternan su formación entre la vida académica (asistencia a clases, seminarios, congresos) y la práctica médica (guardias médicas, servicio de urgencias, consultas e ingreso de pacientes, entrega de guardias, y visitas a piso).

A su vez, es menester aclarar que los residentes reciben en función de su labor profesional y formación académica, una beca proporcionada por la Secretaría de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN). Dicha beca, otorgada desde el primer año, hasta el egreso al finalizar el cuarto año de la especialidad, es concebida por la mayor parte de los residentes como una remuneración inequitativa e insuficiente acorde al trabajo desempeñado, pues señalaron, que, si bien reconocen que aún están en formación profesional al estudiar una especialidad, el desgaste profesional y el aporte que hacen a la institución no es proporcional al ingreso proporcionado por la beca. Palabras como injusticia o abuso cobraron relevancia al referirse a la cantidad recibida a través de la beca.

Desde mi punto de vista es una injusticia. Dicen que nos dan una beca por no ponernos en nómina y decir que trabajamos para ellos, y de esa forma se cubren la espalda. El hecho de trabajar tantas horas, tener un horario de entrada, pero no de salida, tener que venir fines de semana, días festivos es inequitativo a la beca. La verdad, estos hospitales subsisten por los residentes. (Marlene, R3, 19/10/2018).

He ahí la chulada de ser residente, cuando conviene somos trabajadores y cuando conviene somos estudiantes. Nosotros recibimos una beca y no es equitativo a lo que hacemos, pero incluso nos quitan impuestos. Es un área gris que nadie se pone a legislar y eso genera mucha incertidumbre, vamos, finalmente es un ingreso, pero no es lo suficiente. (Karla, R2, 31/10/2018).

El monto de la beca es un abuso clarísimo, no hay duda. Por lo que tú ya invertiste, por el valor del trabajo que haces, es decir, trabajar con la salud de alguien no creo que tengamos el nivel correcto de retribución. (Fabián, R2, 07/10/2018).

Cabe destacar que los residentes consultados tienen entre 25 a los 35 años de edad, y al menos, el 50% provienen de otros estados República. En varios casos, los residentes reciben apoyo económico de sus familiares, pero esto no es una constante para todos, por lo que la beca recibida es representada como apenas básica para cubrir gastos de manutención y personales, y significada como una cantidad insuficiente para aquellos residentes que por alguna razón médica tengan gastos especiales, el deseo de participar en alguna actividad particular o bien, el anhelo de formar una nueva familia.

Con la beca es insuficiente, luego veo a mis amigos de la prepa y prácticamente todos son independientes, yo a veces dependo de mi padre porque tengo una enfermedad crónica desde niña y él me apoya con medicamentos porque de otra forma no lo podría costear, quizá si hubiera estudiado otra cosa quizá podría pagarlo yo misma. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Me siento más como trabajadora que como estudiante, pero no olvido que tengo mis responsabilidades como estudiante. Vivo acá con una renta de \$500 pesos lo que me alivia muchísimo, pero si tuviera una familia o viviera sola fuera de la residencia, no me alcanzaría la beca, la verdad para nada. (Mariana, R1, 01/10/2018).

Hay desigualdad en la beca porque las especialidades están por debajo de una maestría, pero en la especialidad te frías más, porque es trabajo y estudio. El instituto es un lugar elitista, aquí hay pocos que se solventan solos la verdad, porque reciben apoyo extra de familiares, y viven con roomies o viven en el instituto y prácticamente no pagan renta. (Jorge, R4, 17/10/2018).

Aunado a lo anterior, la beca misma genera descontento y mensajes contradictorios para el residente, pues, aunque se reconocen tanto como trabajadores como estudiantes, en general los residentes aseveraron sentirse más inclinados a percibirse como trabajadores. Derivado de esto, la cantidad ofrecida a través de la beca, no les parece competitiva con el mercado, ni proporcional al tipo de trabajo y calidad de desempeño realizados, además de que, al recibir una beca y no un pago de nómina, los residentes refirieron no gozar de los mismos derechos laborales como el pago de horas extras por trabajar fines de semana o días feriados. Además, los residentes consultados dijeron que la especialidad conlleva un gran sacrificio debido a que, durante los cuatro años formativos de la especialidad, bien podrían estar trabajando en algún otro lugar con un mayor ingreso. No obstante, varios residentes también coincidieron en admitir que la beca, aunque insuficiente, es parte de la inversión/sacrificio para formarse como especialistas, y, aunque por ahora tengan una baja remuneración, el objetivo ulterior es llegar a tener un mucho mejor sueldo al egreso.

Si nos vemos como trabajadores entonces la beca no es justa. Para mí, el hacer la especialidad es una gran inversión, un gran reto porque en esos cuatro años de formación uno podría estar ganando mejor en una empresa, es un sacrificio bastante marcado. No creo que la beca deba ser vista como un agradecimiento, yo creo que no, es nuestro trabajo, estamos dedicando muchas horas a la semana, días festivos, no tenemos los mismos derechos que los trabajadores. (Nadia, R1, 12/11/2018).

Pues somos de los dos, (trabajadores y estudiantes) atendemos a muchos pacientes entonces somos trabajadores, pero también aprendemos en las clases y de los mismos casos que atendemos. Nosotros aquí recibimos una beca como estudiantes que no es competitiva en términos del mercado, pero nos ayuda a terminar una especialidad que nos brinde el conocimiento adecuado para cuando egresemos, si lo hacemos (risas). (Miriam, R2, 27/10/2018).

Lo anterior, no es una perspectiva exclusiva de los médicos/cas residentes, sino que también es reconocido por sus propios supervisores, quienes ya han transitado por esa etapa formativa en otra época y saben de las dificultades que conlleva el

vivir con una beca cuyo monto es bajo en comparación al ingreso de otras disciplinas profesionales no médicas. Para los supervisores, el problema no es, nuevamente, exclusivo de las becas que reciben los residentes, sino un problema de índole estructural. Esto debido a que médicos adscritos, es decir aquellos médicos que ya cuentan con cédula de especialistas y trabajan en el hospital brindando otro tipo de servicios, (ya sea docencia, investigación y/o supervisión de casos), también muestran inconformidad con el sueldo percibido, siendo para ellos insuficiente para mantener a una familia y teniendo que diversificar sus actividades laborales, es decir, recurrir a prácticas privadas para así engrosar y complementar el ingreso que perciben como adscritos.

A mí me pagan el doble de su beca, pero yo tengo hijos que mantener, entonces es una situación crítica. Su beca es insuficiente y los sueldos de los adscritos también lo son, aunque ya lleves 15 años aquí, en comparación con otros puestos y otros lugares. Por eso tenemos que desempeñar medicina privada porque la verdad es insuficiente e injusto para todos, porque somos de los profesionistas más estudiados y que más trabajamos. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

No tienen un sueldo, sino que tienen una beca que la Secretaría de Salud les otorga para desempeñar sus funciones en su desempeño profesional, aunque ya siendo médicos generales con cédula profesional les permite ver pacientes, también juegan en la dimensión de estar en formación. La beca es un ingreso bajo, a diferencia de los abogados, ingenieros etc., nuestra curva de gratificación económica es muy distinta. Es algo que tendría que cambiar de manera estructural por parte de Secretaría de Salud. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

Es importante mencionar que los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría, consideran que desde el comienzo de la residencia, la información sobre la beca es escasa y ambigua, esto referido en particular a la cantidad de la beca misma, las fechas de pago, y los ajustes e incrementos que se hacen por cada año de la residencia. Según los mismos residentes, esta situación, aunado a la concepción que tienen sobre la beca como inequitativa, e insuficiente, genera estrés y ansiedad, situación que más adelante, veremos cómo se articula con la manera que los residentes representan y cuidan su salud mental.

La verdad ni siquiera tenemos esa información, ni siquiera contemplo que haya un incremento o ajuste cada año, ni cuánto ni desde cuándo. Por ejemplo, respecto a la beca, nadie nos dice que van a tardar tantas quincenas en pagarnos, por ejemplo, entramos a finales de febrero, en marzo ya somos residentes y tardaron cinco quincenas en pagarnos, entonces me pregunto quién tiene la atención de avisarnos y es algo que tienes que estar preguntando y genera mucha ansiedad. Muchos de nosotros no tenemos el apoyo de los padres, entonces solitos tenemos que ingeniárnosla. (Irma, R1, 25/11/2018).

RITOS DE PASO: MAYORES DESAFÍOS POR AÑO DE RESIDENCIA

3.3 R1 “NO ES NINGUNO” / ¿EL TELEFONISTA ES NEURÓLOGO O PSIQUIATRA?

Existen múltiples factores que contribuyen al deterioro de su salud mental durante la residencia. Para los residentes de Psiquiatría como sucede en muchas otras especialidades, cada año de la residencia deviene con una estructura paradigmática particular con desafíos específicos que los residentes deberán transitar como una especie de ritos de paso para así poder acceder al siguiente nivel que a su vez tendrá características propias, con responsabilidades y obligaciones específicas que cumplir.

El primer año de la residencia es considerado como uno de los más difíciles debido a que muchos médicos/cas acaban de terminar la carrera de Medicina, aún son muy jóvenes y, requieren de una necesaria adaptación tanto a la institución hospitalaria, así como de una adaptación a la propia ciudad, derivado de que un alto porcentaje de los residentes consultados proviene de estados al interior de la República. Tanto para los médicos/cas residentes como para sus supervisores, el primer año es de “choque”, y podrían desencadenarse problemas de salud mental pre-existentes o bien generarse nuevos como la ansiedad y la depresión, incluso poniendo en entredicho la continuidad del residente en la especialidad.

El primer año es difícilísimo uno lo ve y vive como residente. Algunos vienen directamente de la carrera, eres muy joven y la adaptación es particularmente complicada, algunos vienen de fuera y pueden llegar a deprimirse, algunos otros incluso se pueden llegar a dar de baja. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

Por lo anterior, muchos residentes de Psiquiatría que provienen de otros estados optan por vivir en la residencia que ofrece la institución, la cual consiste en cuartos compartidos de dos personas por una renta aproximada de \$500 pesos que se descuenta en automático de su beca mensual. Dicha elección, si bien representa un ahorro económico para los residentes, (lo cual es favorecedor respecto al ya mencionado insuficiente monto de la beca), es también para algunos de ellos, una opción pragmática que les permite llegar a tiempo a sus clases, y evitar el tráfico de la ciudad. Sin embargo, el vivir en la residencia, también genera en ocasiones, la

incomodidad de compartir habitación con alguien con el consecuente detrimento de su privacidad. Además, a juicio de los residentes que habitan en el INNN, la calidad de los servicios, así como la infraestructura de la residencia es insuficiente para las necesidades de los aproximadamente 80 residentes que ahí viven (tanto de la especialidad de Psiquiatría como de otras especialidades y subespecialidades).

Para vivir acá en la residencia se te pide una cuota simbólica por el servicio de \$500 pesos al mes. Con lo que gano por la beca, creo que tiene más beneficios que cosas negativas. Por ejemplo, yo tengo clase a las 7 am, para mí es práctico, no le agrego a mi vida el estrés del tráfico, y arriesgarme a llegar tarde a la clase. (Irma, R1, 25/11/2018).

Yo no vivo en residencia, la verdad por fortuna no he tenido la necesidad ya que he tenido apoyo de mis padres. Creo que los R1 son los que casi siempre viven más acá, pero sobre todo gente de otros estados o del extranjero". (Luisa, R3, 11/10/2018).

El plan es que se tenga una cocina comunitaria pero no tenemos, tenemos un horno de microondas que usan 80 personas, solo un refrigerador, y 3 lavadoras para los 80 residentes que vivimos ahí. Es incómodo que no hay privacidad, vivimos 2 personas en cada cuarto, pero no hay separación. (Mariana, R1, 01/10/2018).

Desde el primer año de la residencia, los médicos/cas en ciernes de convertirse en especialistas de Psiquiatría, toman clases con valor estrictamente académico de 7 a 9 am, y de 12 a 2 pm, y asisten a seminarios de diagnóstico diferencial donde se presentan casos psiquiátricos complejos los viernes de 10 am a 12 pm. Sus principales actividades laborales son consideradas por ellos mismos, más como un esfuerzo físico constante que uno intelectual, consistiendo en capturar información, llenar hojas de ingreso de pacientes y contestar el teléfono. Esta última actividad en particular es de llamar la atención ya que se asume como una actividad exclusiva del residente de primer año, quien tiene que la responsabilidad de responder el teléfono aún si se encuentra en clases, ya que la oficina de los residentes se encuentra a unos pasos de donde habitualmente se imparten las cátedras.

Se dice que el R1 no es ninguno, es decir, sólo sacar la chamba, porque siempre necesitas a gente más capacitada a tu alrededor. (Karla, R2, 31/10/2018).

En R1 apenas vas aprendiendo. Aquí tú contestas el teléfono para lo que sea, enfermería o lo que sea. El R1 ya sabe que tiene que contestar el teléfono, es una formación implícita, tiene que acatar órdenes. (Jorge, R4, 17/10/2018).

El R1 es muy pesado en cuanto al trabajo físico porque todos los pendientes son tuyos, en el R1 son más ingresos, sacar la chamba, manualizar, seguir indicaciones, cosas muy físicas. (Marlene, R3, 19/10/2018).

En el primer año, eres el pendiente, contestas al teléfono, sacas la chamba, pero vas aprendiendo, le vas a agarrando la onda y enfrentas el dolor ajeno con casos de niveles importantes de sufrimiento. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

Aunado a lo anterior, una de las mayores exigencias que pueden nombrar los residentes de Psiquiatría durante el primer año, es la responsabilidad de estar presente en las guardias de urgencias, pero curiosamente no lo hacen en el área de Psiquiatría sino en Neurología, generando un fuerte impacto en ellos por diversas razones. Las urgencias en Neurología se encargan como su nombre lo indica, de atender urgencias neurológicas, y el equipo lo componen habitualmente cinco profesionales de la salud; un R3 de Neurología, un R2 de Neurología, un R1 de Neurología, un R1 de Neurocirugía y un R1 de Psiquiatría. Este último se incorpora al equipo con la intención de que conozca casos neuro-psiquiátricos y conviva desde el primer año con el enfoque neurológico, el cual es el sello formativo institucional. Sin embargo, para los médicos/cas residentes de Psiquiatría, este acontecimiento fue considerado como uno de los mayores desafíos del primer año de la especialidad, pues se sienten aislados del resto de los residentes de Psiquiatría y el encuentro con neurólogos y neurocirujanos quienes son de mayor edad y que ya han cursado una especialidad previa, no sólo logra intimidarlos sino que produce en los residentes de Psiquiatría, una fuerte sensación de incompetencia y una percepción de subestimación por parte del área neurológica. Aunado a lo anterior, los residentes también se sienten inmersos en un ambiente de confusión e incertidumbre por los temas y el tipo de casos que presencian; muy distinto al área psiquiátrica.

Por ejemplo, en el primer año de Psiquiatría hacemos urgencias en Neurología y es bien pesado porque te sientes solo, no tenemos el mismo conocimiento que los de Neurología, porque no es tu área, pero tienes que fungir como si fueras parte de la misma, eres un “neuro” más, pero no lo eres. Te preguntan igual como si le preguntaran al neurólogo, yo empecé la residencia ahí y se me hizo muy pesado, porque no era de ningún lado, no estaba con los psiquiatras y con los neurólogos me sentía fuera de lugar. En el R1 ya estudias neuro, y allá no les importa que les digas que eres psiquiatra, sino que les expliques sobre la esclerosis múltiple. (Karla, R2, 31/10/2018).

Es muy distinto un abordaje neurológico a lo que aquí vemos en Psiquiatría, y en el primer año convivimos con los neurólogos en todo momento, en clases, en las guardias y en la rotación. Para mí, fue muy difícil estar en urgencias de Neurología, sobre todo los primeros seis meses. (Irma, R1, 25/11/2018).

Además de las dificultades ya mencionadas en cuanto a la asimilación de los fundamentos neurológicos, los residentes de Psiquiatría también manifestaron haberse sentido menospreciados, humillados y subestimados por los mismos

neurólogos y neurocirujanos durante su etapa en las urgencias neurológicas supuestamente por no estar al nivel de las exigencias. La mayoría, si no es que todos los médicos/cas residentes consultados, admitieron la importancia de poseer conocimientos neurológicos e insistieron en que les parece un gran valor agregado a su formación como psiquiatras, (una opinión presente desde los motivos de ingreso al INNN). Sin embargo, algunos residentes de Psiquiatría no dudaron en manifestar su inconformidad al hecho de que en el primer año de la especialidad de Psiquiatría se participe en urgencias del área neurológica. De tal suerte, que los mismos médicos/cas residentes de Psiquiatría recomienden que su participación en urgencias de Neurología pudiera hacerse más adelante en la formación, cuando hay una mejor adaptación al medio y una mayor madurez individual.

Los neurólogos y neurocirujanos ya tienen ciertos años de estudio, ya tienen bases de Medicina Interna o de cirugía, y en R1 sentimos cierta depreciación por parte de ellos. Es complicado que en el primer año podamos equipararnos con los conocimientos que tienen, nos tienden a subestimar o depreciar. (Mariana, R1, 01/10/2018).

La verdad, Neurología es un plus que ofrece la sede, y a la mayoría de nosotros en Psiquiatría creo que nos gusta también la Neurología, pero sí es pesado en R1 porque luego nos preguntan cosas que no sabemos. En las urgencias de Neurología sí me sentí como tonta y humillada a momentos, la verdad, e incluso pensé en salirme. (Luisa, R3, 11/10/2018).

Yo creo que participar en urgencias de Neurología desde R1 no está bien, creo que estaría mejor si pudiera ser en R2 para reforzar conocimientos ya que estás más maduro y no cuando apenas estás entrando. Yo creo que te sientes más vulnerable en R1, ya en R2 tienes un poco más de conocimientos y te puedes defender de alguna forma. (Miriam, R2, 14/12/2018).

El reto dual que implica tanto adquirir conocimientos psiquiátricos como neurológicos desde tempranas fases de la residencia, es reconocido por los supervisores de los médicos/cas residentes de Psiquiatría, quienes saben de las dificultades que esto conlleva, y la sensación de desventaja que algunos residentes de Psiquiatría podrían tener respecto a su participación con colegas neurólogos y neurocirujanos. No obstante, para los supervisores, esto, en lugar de hacerlos sentir mal, debería según palabras de los supervisores, ser motivo para que los médicos/cas residentes de Psiquiatría puedan forjar carácter frente a las adversidades.

Aquí tienen un doble reto, aprender Psiquiatría, pero también aprender fundamentos de neurociencias porque están en constante contacto con neurólogos y neurocirugía. Conviven desde el primer año en urgencias, y en intervención con los pacientes, y es verdad que

existe cierta presión en los jóvenes psiquiatras con los neurólogos, ya que se sienten en desventaja frente a estos últimos. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

A veces nos consideran como el patito feo, (los neurólogos) pero no hay que ser tan sensible. También te estás consolidando emocionalmente para atender personas, entonces es importante forjar el carácter. Aquí la carga de estudio es importante y tienen que dar el ancho al menos en bases neurológicas porque el día que te llegue un paciente neuro-psiquiátrico, vas a saber dónde estás parado. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

En el primer año, acorde a las voces de los propios residentes consultados, la acumulación de diversos factores contribuye al desgaste físico y mental del residente de Psiquiatría. Según ellos, algunos de esos factores son la necesidad de una pronta adaptación al entorno, el permanente desgaste físico por la cantidad de los ingresos, el exceso de trámites a su cargo, así como el reto transdisciplinario de hacer guardia de urgencias en Neurología desde el comienzo de la especialidad. El cansancio, el insomnio, los malos hábitos alimenticios comienzan a ser expresiones del desgaste, así como la aparición o reaparición de síntomas asociados a la ansiedad y la depresión, que en varios residentes consultados les hicieron preguntarse seriamente el continuar en la especialidad. Muchos de los residentes también aseveraron que, durante el primer año, dejaron de realizar cierto tipo de actividades extra académicas y laborales debido al cansancio excesivo, por la falta de tiempo y sueño.

En R1 te sientes triste, desolado, de repente todo te preguntan y no te salen las cosas. Te deprimes y entonces llega un punto en el que piensas seriamente el abandonar la especialidad. Esto pasa con el transcurrir de los meses, se acumulan varias cosas, nos vamos llenando de piedritas. Después de 6 o 7 meses te vas cansando física y, sobre todo, mentalmente. (Miriam, R2, 14/12/2018).

En el R1 llegaba a dormir de 4 a 5 horas máximo que es muy poco. La verdad es que en R1 se te acumulan tantas cosas que personalmente sí hubo cierto descontrol con mi alimentación y horas de sueño. Estás al tiro, hay mucha burocracia, y estás en "on" todo el tiempo. Esto no es vivencia mía, pero me han contado de otras generaciones, que en R1 es cuando empiezan con antidepresivos. (Fabián, R2, 07/10/2018).

Antes del R1 iba al gimnasio, cancelé mi membresía el primer año de la residencia por tiempo y cansancio. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Además, en el primer año es donde también se perciben de manera más evidente las jerarquías, pues al R1 se le inculca la idea de que en el primer año es de aprendizaje y para lograrlo, se tiene que sufrir. Para los residentes consultados esto es una justificación ya que podrían utilizar otro tipo de estrategias para fomentar el aprendizaje. El autoritarismo, los regaños, las llamadas de atención subidas de tono,

la sobrecarga de trabajo y los boicots son prueba de ello, y, además, a juicio de los médicos/cas residentes consultados, perjudican su salud mental y el mismo rendimiento.

Yo sufrí mucho el primer año, había adscritos que querían que me fuera mal, me hacían el trabajo más pesado, incluso me borraban los documentos con el afán de decir que el R1 debe de ser pesado y lo debes de sufrir, así nada más. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Se justifican diciendo que, con el autoritarismo, la finalidad es el aprendizaje, pero hay más herramientas que pueden ayudar a la formación del residente. El rendimiento baja cuando hay regañones y castigos, yo digo que hay más errores y afectan más si uno está en depresión o ansiedad. (Irma, R1, 25/11/2018).

Afortunadamente este es un buen lugar, entonces se trata de mantener la violencia al límite, pero aún, así sigue existiendo. En R1 lo sufrí más de mis R+, le caías mal a alguien y entonces cualquier cosa es suficiente para que te griten, te castiguen, repitas ingresos, que te pongan a hacer otra revisión. (Luisa, R3, 11/10/2018).

Para los residentes consultados, las jerarquías también se pueden perpetuar o discontinuar. Y, según mencionaron, mucho tiene que ver con la propia experiencia durante la residencia, siendo paradójico para ellos que quienes sufrieron más violencia jerárquica por residentes de mayor nivel o adscritos, se vuelven más sensibles al tema y toman mayor conciencia al respecto; mientras que quienes sufrieron menos, se tornan victimizadores de próximas generaciones.

Depende mucho de las personas de cada año, pero he visto que paradójicamente quienes sufrieron menos se vuelven más victimizadores, es decir, más rígidos y pesados con los residentes de menor grado. Y, por el contrario, quien sufrió más, está más consciente y está más tranquilo con sus residentes de años inferiores. (Jorge, R4, 17/10/2018).

A pesar de aceptar la existencia de jerarquías y de cierto nivel de violencia a través de éstas; en general, los médicos/cas residentes consultados aseguraron que en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) la violencia jerárquica en la especialidad de Psiquiatría es mucho menor que en otros lugares, incluso que otras especialidades del mismo instituto como Neurología y Neurocirugía. Inclusive los supervisores consultados, mencionaron el esfuerzo por mantener relaciones sanas entre la institución y los residentes, y, a propio juicio, la competencia y la violencia jerárquica no son tan marcadas como en otros hospitales.

Aquí en el INNN, el trato al residente de Psiquiatría en general es bueno. Yo me llevo muy bien con mis R+ y R-, siempre nos han tratado muy bien y creo que fueron lo suficientemente estrictos. Claro que hay jerarquías y a veces uno se molesta, pero aquí es mucho menos, pero si te vas a Neurocirugía o Neurología es más fácil que encuentres más abusos por jerarquías. (Karla, R2, 31/10/2018).

Afortunadamente, aquí buscamos que haya un buen ambiente y camaradería, para que eso amortigüe lo difícil del trayecto. Hay residencias donde las relaciones entre adscritos y residentes son muy hostiles, las jerarquías son muy marcadas y donde se cultiva una competencia insana que quiebra a los residentes, pero no siento que aquí sea así. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

3.4 R2 “ERES DIOS” / UNA RESPONSABILIDAD OMNIPRESENTE

Ya en el segundo año de la residencia, hay una transformación evidente conforme a las obligaciones del primero; se deja de contestar el teléfono, se reduce la tramitología y el llenado de las hojas de ingreso, que son actividades prácticamente propias del primer año. En su lugar, se adquieren otras responsabilidades como se mencionará a continuación.

Por su parte, la estructura docente con la impartición de clases diarias se mantiene igual, pero, un hecho de suma relevancia, es que, en el segundo año de la especialidad, los médicos/cas residentes de Psiquiatría dejan de participar en las guardias de urgencia en el área de Neurología para entonces asumir la responsabilidad entera de las guardias de su propia especialidad, es decir, de Psiquiatría. Esta última situación, representa, para muchos residentes, el mayor desafío del segundo año de la especialización, y es inclusive considerado por muchos residentes como una imprudencia estructural ya que los médicos/cas residentes consultados refirieron que, en el segundo año, se sintieron abandonados y no lo suficientemente preparados para estar a cargo de tal responsabilidad.

R2 es r-dios, es la evolución del R1, tiene más responsabilidades. (Karla, R2, 31/10/2018).

Creo que un problema serio de esta sede, es que el R2 es el encargado de la guardia, se nos hace un error. Apenas llevas un año de formación y tomas decisiones sobre pacientes que luego son neuro-psiquiátricos. Si te llega una depresión ya más o menos la sabes manejar, pero si te llega un paciente neuro-psiquiátrico es difícil porque es de alta especialidad de Psiquiatría, y eso lo tendría que ver alguien más. (Marlene, R3, 19/10/2018).

El R2 tiene más conocimiento académico, ya pasó por R1 ya vio y ya sabe más o menos qué hacer. Yo creo que delegarnos las guardias en R2 es parte del aprendizaje, pero es a veces demasiada responsabilidad porque si me atoro o algo, solo le puedo marcar a mi R3 para que me ayude, pero sólo por vía telefónica. (Luisa, R3, 11/10/2018).

El incremento de las responsabilidades en el segundo año, y el agotamiento, principalmente emocional que implica el estar a cargo de las guardias en Psiquiatría, son factores que nuevamente desarrollan la aparición o continuación de síntomas

asociados a la ansiedad, el estrés y a la depresión en los residentes. La exposición al paciente es mucho mayor que en el primer año y el asumir responsabilidades y no sólo seguir instrucciones, también genera mayores libertades, pero con ello, también un incremento en la tensión de los residentes del segundo año. En ocasiones, las guardias, a pesar de ser tipo ABCD¹⁷, (es decir, que se realizan cada 4to día) llegan a durar más de 30 horas, comenzando a las 8 am y terminando a las 2 pm del siguiente día. Por todo lo anterior, varios residentes consultados, aseveraron que, (al igual que en el primer año, aunque por distintas razones), durante el segundo año de la residencia pensaron en desertar la especialidad y/o comenzaron o retomaron el uso de antidepresivos para hacer frente a las presiones y demandas en turno.

El R2 es muy pesado emocionalmente hablando porque todas las decisiones pasan por ti. El R2 lo sufrí y hasta pensé en renunciar, hablé con mi jefe de residentes y le dije que ya no podía. Me sentí tan mal que tuve que tomar antidepresivos que hace años que no lo tomaba, me sentía mal todos los días y no tenía motivaciones para nada. (Marlene, R3, 19/10/2018).

R2 es diferente al R1, es más cansancio mental, y menos cansancio físico. En R1 son más ingresos, sacar la chamba, contestar el teléfono, seguir indicaciones, cosas muy físicas, pero en el R2 tú eres el encargado de la guardia, entonces si pasa algo es tu culpa. Si hay interconsultas en la guardia, las tienes que hacer tú, entonces son más responsabilidades y tienes que estar alerta. (Luisa, R3, 11/10/2018).

En el segundo año ya tienes más ventajas. Aunque es el año más difícil, te ceden muchas más responsabilidades, tú con el paciente y con más trabajo. (Jorge, R4, 17/10/2018).

Cabe destacar que al finalizar cada año de la especialidad, los médicos/cas residentes deben aplicar el examen departamental del PUEM¹⁸ (Plan Único de Especialidades Médicas) lo que también genera entre los residentes una mayor preocupación y estrés durante el tránsito hacia el siguiente año formativo. Por otro lado, el estar a cargo de las guardias de Psiquiatría, también representa el que, por primera vez desde su ingreso a la especialidad, supervisen varias actividades que

¹⁷ Las guardias tipo ABCD son poco comunes en México, siendo más habitual el encontrar tipo ABC o AB, siendo estas últimas cada dos días, es decir, 32 horas de trabajo por 16 de descanso.

¹⁸ Para determinar el rendimiento académico el PUEM, (Plan Único de Especialidades Médicas) como plan curricular de la UNAM a través del Seminario de Atención Médica aplican exámenes al final del año académico a todos los residentes de cada año académico exámenes departamentales; que son instrumentos de evaluación estructurados en base a 60 casos clínicos con cinco preguntas cada uno, con un total de 300 preguntas. Información obtenida de la página de la Facultad de Medicina de la UNAM retomada a través de: <http://www.fmposgrado.unam.mx/especialidades/que-est.html>
Última visita el 21 de marzo de 2019.

realizan los residentes del primer año, por lo que, en este punto, las tensiones no sólo son propias sino compartidas.

Respecto al PUEM sí nos sentimos más presionados, porque finalmente representamos al instituto que es nacional. Una generación antes que yo, dividieron a los 3 mejores y a los 3 peores según la calificación, aplaudieron a los que les fue bien y reprocharon feo a los que les fue mal, pero la verdad es que tenemos de los mejores promedios en la Ciudad de México. (Marlene, R3, 19/10/2018).

En el segundo año, parte de tus responsabilidades son vigilar que las hojas de ingreso se hagan adecuadamente por los residentes del primer año, lo cual también te genera problemas. A veces les ayudas, pero en otras ocasiones simplemente no puedes. (Mónica, R2, 10/10/2018).

En el segundo año de la especialidad, durante las guardias, la preocupación y el estrés se incrementa debido a la incertidumbre que provocan los ingresos y los rechazos a los pacientes. Para los residentes consultados, la justificación tanto del internamiento de un paciente como de su rechazo, genera angustia en las entregas de guardia, por lo que opinarán los adscritos a la mañana siguiente. Incluso, en ocasiones, el internamiento del paciente resulta más fácil, porque el cuestionamiento a los criterios de ingreso resulta ser menos insidioso que el cuestionamiento por no admitirlo. Aunado a que, al autorizar el internamiento, se evita la confrontación con los amigos y familiares del paciente quienes ya acuden cansados de la situación, esperando la admisión de su allegado.

A veces cuando no admites a un paciente después de la valoración, te quedas más preocupado y estresado que si lo ingresas, y no porque haya sido una mala decisión sino por lo que te podría decir el adscrito la mañana siguiente en entrega de guardia. Luego te dicen por qué no lo metiste si tenía criterios y tienes que justificar por qué no lo ingresaste. A veces varios compañeros por evitar el regaño de los adscritos y el reclamo de los mismos familiares que vienen cansados de su paciente, dices que se meta y ya, no pasa nada. (Marlene, R3, 19/10/2018).

A su vez, la exposición más cercana al paciente durante el segundo año de la especialización, ofrece una mayor carga emocional, un mejor entendimiento de la compleja situación del paciente, una mayor sensibilidad y, por consiguiente, la posibilidad de verse reflejados en los pacientes para reconocer algunos de sus propios problemas. A su vez, durante el segundo año de la especialidad, se comienza a comprender la complejidad de la selección de los ingresos médicos, y las consecuencias que un internamiento tiene para el paciente.

Es difícil darse cuenta que uno se lleva mucho de los pacientes, estás hablando con gente que tiene muchos problemas y aunque uno quiera desapegarse uno va cargando muchas

cosas. En el segundo año, uno comienza a aprender que uno también se afecta y uno reconoce que también se está enfermito. (Paulina, R3,10/09/2018).

En el segundo año uno va comprendiendo que la valoración no es simple y que a veces es tardada, hay pacientes que llegan y tú sabes que debe de ser ingreso y ahí se acaba, pero con otros tienes que permanecer horas con ellos, sobre todo con los trastornos de personalidad que son sumamente difíciles. Yo en particular metía a muy pocas personas, porque yo creo que un internamiento psiquiátrico es muy difícil, y repercute drásticamente en la vida de alguien. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Finalmente, es importante destacar que para los supervisores de los médicos/cas residentes de Psiquiatría, el segundo año de la etapa formativa es una especie de parte-aguas para detectar anomalías en la conducta de los residentes y entonces dar de baja a quien llegue a comportarse de una manera desadaptativa y ponga en jaque la relación médico-paciente.

R2 es más bonito porque ya entiendes más, tienes un R1 al que le enseñas, y hay casos emocionantes; pero también nos propusimos el estar con las antenas paradas por si alguien empieza con conductas desadaptativas al segundo año darlo de baja, porque antes se graduaba todo mundo, y entonces no eran capaces de atender a una persona vulnerable o a un enfermo mental. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

Ya en el segundo año, algunos residentes después de estar en contacto con pacientes en la formación psiquiátrica, dicen que no es lo mío. Existe el fenómeno y siempre es bienvenido en la perspectiva de no echar a perder la vida en algo que no te gusta o te genera demasiada tensión, pero hay que vivirlo antes para saberlo. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

3.5 R3 “NI LO VES” / EL ASESOR FANTASMA, EL AUXILIO A LA SOMBRA

Para los médicos/cas residentes consultados, el tercer año de la residencia fue considerado como el más sencillo, por ser concebido como un descanso respecto a los dos primeros, inclusive llegando a asociar al residente de tercer año con la figura de un fantasma (por su inexistencia salvo esporádicas apariciones) y al año en sí, lo definen metafóricamente hablando como “las playas” de la residencia por el aparente relajamiento derivado de las nuevas responsabilidades. Como característica esencial del tercer año, los residentes ya no hacen guardias ni en Neurología ni en Psiquiatría, y sólo fungen como asesores de los residentes de segundo año, en caso de contingencia durante alguna guardia. Además, la asesoría casi siempre es vía telefónica, y muy pocas veces presencial.

Lo bueno del R3 es que ya no nos quedamos a guardia, y nos vamos en la noche. En esos días sí duermo mejor, pero estoy en alerta de cualquier llamada en caso de que un R2 tenga problemas con su guardia. (Paulina, R3,10/09/2018).

Si bien, en el tercer año, los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría ya son sujetos mucho más experimentados, el tipo de rol que asumen durante el tercer año, dista mucho de las responsabilidades iniciales, pues se configura como una figura ambivalente, que oscila entre ser el auxiliar de piso que permanece como un observador latente de las decisiones del residente de cuarto año, y, a su vez, funge como asesor específicamente en guardias donde el residente de segundo año tiene dudas o problemas.

En R3 ya ni te apareces, solo asesoras al R2 en guardias complicadas, eres más bien un fantasma porque también estás en piso con el R4, pero eres su sombra, y quizá por eso, sea el año más fácil. (Jorge, R4, 17/10/2018).

Al R3 ya ni lo ves porque más bien están con los pacientes y al pendiente de su evolución en piso. Ellos son los auxiliares del R4 que es el jefe del servicio y quien lleva el mando. (Karla, R2, 31/10/2018).

La disminución en la carga física y emocional experimentada en los dos primeros años, la inexistencia de guardias presenciales y el no ser responsables del área de piso donde se encuentran los pacientes ingresados, permite a los residentes que cursan el tercer año de la especialidad en Psiquiatría, una mejora en sus horas de sueño, alimentación y recreación, con beneficios a su salud mental. Los residentes consultados manifestaron el haber regresado a ejercitarse y a practicar toda suerte de actividades recreativas durante el tercer año de la especialidad, actividades que habían abandonado desde el primer año de la residencia.

En R3 ya duermo y me alimento mejor, cosa que en R1 y R2 definitivamente no podía y que me trajo consecuencias a mi salud tanto física como mental. Vamos, R3 lo veo como las playas de Psiquiatría, es mucho más relajado, e incluso te da tiempo para hacer cosas que ya habías dejado. Hace poco regresé al gimnasio y siento que puedo ir varios días a la semana. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Es interesante notar que el tercer año de la especialidad, pareciera ser para varios médicos/cas residentes consultados, la oportunidad para reflexionar aún más sobre la disyuntiva de que a mayor desgaste mayor aprendizaje. De esta manera, muchos expresaron su descontento con la legitimación y perpetuación de dicha filosofía, acuñada en varios de ellos desde antes de la residencia médica. No obstante, ellos también entienden ya en retrospectiva, que ese sufrimiento representó la posibilidad de entender el esfuerzo de distinta manera, y valorar las oportunidades que ahora ofrecen a los residentes de los primeros años y que paradójicamente, según

comentan, estos últimos no ven o les restan importancia porque han naturalizado esas oportunidades como si siempre hayan estado ahí.

Ahora que estoy en R3 he tratado de ayudar a mis R2 con los reportes de los ingresos durante el fin de semana, que antes se repartían solo entre R1 y R2, y el R3 no hacía nada. Yo no creo que entre más sufras más aprendas o más te sirva la residencia, pero ahora que soy R3 y veo las cosas desde otra perspectiva, sí me he fijado que, a nuestros R1, les hemos dado muchas ventajas que desconocen porque no saben lo que ocurría antes y en lugar de aprovechar esas oportunidades, en ocasiones incluso abusan de esas ventajas. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Para los supervisores consultados, los médicos/cas residentes del tercer año, pueden presentar un mayor narcisismo porque creen saber ya todo, y poder con todo pues están cobijados por los del cuarto año e incluso, en ocasiones, los mismos adscritos confían igual o más en los residentes más aplicados de tercer año que en los del cuarto año de la residencia. Es decir, a juicio de los mismos supervisores, la diferencia entre los residentes de tercer y cuarto año en cuanto a conocimientos ya es mucho menor. No obstante, los residentes de cuarto año siguen siendo los únicos responsables del piso donde se encuentran los pacientes internados.

El tercero es más bien como un año narcisista, los residentes están un poco más relajados en comparación a los años anteriores y creen que todo lo pueden. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

A veces llegas y el R4 no más no da una o no confías y afortunadamente hay un R3 que trae un mejor nivel y me dirijo a él. Ya R3 y R4 están más equiparados, les doy indicaciones y tienen que resolver los asuntos en piso. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

3.6 R4 “NI EN RETRATO” / JEFE DE PISO Y EL MIEDO AL EGRESO

Finalmente, en el cuarto año de la residencia, la responsabilidad mayor es estar a cargo del área de piso donde se encuentran los residentes internados. Después de haber respondido siempre a un residente de mayor nivel, en el cuarto año, la diferencia radica en responderle ahora a un médico/ca adscrito. Al igual que los residentes de tercer año, ya no hacen guardias ni fungen como asesores en las mismas, ni siquiera remotamente vía telefónica. El papel medular del residente de cuarto año, se encuentra en evaluar el estado del paciente ingresado, compartir la información del piso con el residente de tercer año, y presentar los casos más

sobresalientes y complejos de pacientes ante los demás residentes en seminarios de diagnóstico diferencial los viernes.

Cuando estamos en el cuarto año, ya no estamos supeditados a otros residentes, somos responsables del piso, y le respondemos directamente a nuestra jefa de residentes. (Jorge, R4, 17/10/2018).

R4 ni en retrato, es decir, no existe, no está. En piso sí, pero en otros servicios desaparece por completo y ya prácticamente no tiene interacción con residentes de primero y segundo año de la residencia". (Karla, R2, 31/10/2018).

Para los supervisores, la figura del residente de cuarto año, es muy similar a la del residente de tercer año, con la salvedad de la responsabilidad del piso y, la diferencia angular, de un inminente egreso. Esto último es de llamar la atención porque a juicio de los supervisores, el cuarto año representa mucha ambivalencia, pues por un lado son prácticamente responsables absolutos del piso, y técnicamente deberían ya considerarse psiquiatras, y en muchos casos, sucede todo lo contrario, temen tomar mayores atribuciones, se les percibe como indecisos e inseguros y es ahí donde residentes del tercer año, respaldados por el hecho de no ser los responsables del piso, y a sabiendas de que aún cursarán un año más en la especialidad, que llegan a tomar la batuta. Para los supervisores la inseguridad de algunos residentes del cuarto año, se genera por miedo al egreso y entonces saber que ya no contarán con el apoyo brindado por otros residentes y por la misma institución hospitalaria.

Como adscrito voy y a quien le doy indicaciones en piso es a los R4, ellos están por egresar y deben poder con el piso, pero a veces se notan aún inseguros. Ellos son responsables de los pacientes y tienen que ser capaces de llevar el piso de 24 pacientes. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

Cuarto año es ambivalente, deberían sentirse ya psiquiatras y se sienten niños. No quieren destetarse de la institución que los respalda porque al egresar, en la vida real no estarán otros para apoyar las decisiones, y tendrá que enfrentarse a los casos con sus propios conocimientos. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

3.7 REPRESENTACIONES SOBRE SU PROPIA SALUD MENTAL DURANTE LA RESIDENCIA

Los residentes consultados, no sólo mencionaron tener problemas de salud mental previo al ingreso a la especialidad, sino que también refirieron que su salud mental

se ha deteriorado gradualmente durante la residencia por distintos factores. Los malos hábitos alimenticios, la irregularidad e insuficiencia en las horas de sueño, así como las preocupaciones económicas y el alejamiento de su familia y amigos, son algunos factores que vinculan con el *burnout* o desgaste laboral, y con síntomas de ansiedad y depresión. En algunos casos, el problema de salud mental identificado se consideró pre-existente y se agudizó durante los años formativos de la especialidad, mientras que, en otros casos, el trastorno se generó o se manifestó por primera vez durante la residencia.

No creo que tengamos buena salud mental (risas), ya me considero más capaz, pero hace un año no, la verdad. Mi trastorno depresivo no surgió aquí, pero sí se puso más grave. (Paulina, R3, 10/09/2018).

He visto a muchos compañeros con ansiedad y depresión, donde hay más propensión a estar irritable. Al principio todo es perfecto, pero conforme pasan los años y la carga se va aumentando, tu carga emocional también y llega un momento en el que te rompes. (Miriam, R2, 14/12/2018)

Claro que no tenemos una buena salud mental, cualquier residente mal dormido, mal comido, estresado por las exigencias, escindido de su núcleo medular, familia, amigos, a eso le agregas el estrés económico, si yo fuera maquiavélico, la residencia sería un laboratorio para trastornar a alguien. (Fabián, R2, 07/10/2018).

Aquí en Psiquiatría muchos tenemos ansiedad, depresión o alguno que otro es hasta fronterizo y el desgaste físico y mental es muy elevado por el tipo de pacientes a quienes atendemos, así que es una especie de caldo de cultivo para tener una salud mental deteriorada. (Karla, R2, 31/10/2018).

Es interesante puntualizar que prácticamente ninguno de los médicos/cas residentes consultados, pudo afirmar que su salud mental era satisfactoria para sí o incluso adecuada para la práctica médica, aseverando con sus propias palabras que esto último conlleva un riesgo implícito para la correcta atención y cuidado de los pacientes. También mencionaron que una salud mental deteriorada perjudica y reduce las posibilidades de establecer un vínculo de confianza mayor con el paciente por interferir en la proyección que tiene el paciente del médico, que muchas veces puede servir como efecto placebo para un mejor tratamiento.

En Psiquiatría creo que no todos estamos en condiciones para ejercer la Medicina. Luego no te das cuenta de que está cambiando tu estado de ánimo, pero la irritabilidad suele ser el comienzo, entonces cuando empecé a ver pequeñas alarmas me pregunté si no estoy bien yo, cómo voy a poder ayudar a otros que están peor que yo. Creo que estamos arriesgando la salud del paciente al no asegurarnos que nuestra salud mental esté equilibrada. (Nadia, R1, 12/11/2018).

Depende de la temporalidad, si lo dejas en infinitivo, te podría decir que no tengo buena salud mental. Yo creo que, si tenemos deteriorada la salud mental, la relación médico-paciente también queda afectada y luego ya no es fácil tener una alianza o confianza, es un efecto placebo plus para ayudar al paciente. (Jorge, R4,17/10/2018).

Otro asunto de vital importancia es que los médicos/cas residentes consultados consideraron que no niegan la propensión que tienen al deterioro de su salud mental, e incluso dicen compartir con sus colegas, que padecen ciertos trastornos. No obstante, el asumir y compartir el hecho de padecer un trastorno en su salud mental, no significa que ellos acudan a un diagnóstico y tratamiento profesional. En muchos casos, también el humor figura como una manera para expresar y socializar la existencia de ciertos malestares, así como para aceptar, aunque sea subliminalmente, la presencia de ciertos trastornos frente al grupo.

Yo pensaría que el psiquiatra no niega su fragilidad mental, incluso la comparte con los demás, pero no busca ayuda profesional. Yo me metí a estudiar por el tema de adicciones, pero no lo he querido trabajar porque es más fácil negarlo. (Jorge, R4,17/10/2018).

Yo creo que casi todos nosotros tenemos trastornos bipolares, o de personalidad, depresiones, trastornos alimenticios, etc. Luego decimos, tú eres border, tu eres narci, y aunque luego lo decimos como en broma, en el fondo sabemos que tenemos algo. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Es muy natural hablar de problemas mentales entre nosotros, sobre todo depresión y ansiedad, pero sobre todo con humor, y pocos de nosotros realmente nos avocamos a resolverlos de manera profesional. (Karla, R2, 31/10/2018).

A partir de lo anterior, se visibiliza que el médico/ca residente de la especialidad en Psiquiatría reconoce el deterioro de su salud mental, pero no busca ayuda profesional en salud mental. Por el contrario, los médicos/cas residentes consultados mencionaron que sí buscan ayuda profesional pero solo si el problema de salud pertenece a un área distinta a la salud mental; por ejemplo, endocrinología, cardiología, medicina interna, etc.

Al ser psiquiatras en formación, es decir, próximos especialistas en atender trastornos en la salud mental, confían en que pueden resolver sus propios conflictos y malestares. Incluso, los residentes consultados aceptaron que es común el “darse terapia” entre colegas y hablar sobre sus problemas de salud mental, pero de una manera totalmente informal.

A mí me pasa que asumo el rol de paciente cuando no se trata de mi especialidad, por ejemplo, cuando voy con mi endocrinóloga y respeto todo lo que me dice, pero en cuestiones

psiquiátricas creo que tenemos un exceso de confianza y lo resolvemos nosotros mismos. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Profesionalmente no nos damos terapia, pero eso sí, aquí luego nos asentamos golpes de verdad. Todos los días trabajamos juntos, no dejamos de ser amigos, ni colegas y entonces no somos neutrales, por lo que nuestra "terapia" no se hace de manera profesional. (Karla, R2, 31/10/2018).

En cuanto a la perspectiva de los supervisores de los residentes respecto al tema de la salud mental, para ellos, es habitual que los médicos/cas de la especialidad pongan una frontera entre los pacientes y ellos mismos con la intención de negar la enfermedad, aunque a veces hay identificaciones y es entonces cuando se percatan de que algo no está bien consigo mismos. Además, los supervisores coincidieron en afirmar que las deserciones durante la especialidad, no sólo se deben a conflictos meramente vocacionales, de rendimiento académico o profesional, sino que, en ocasiones, pueden atribuirse a problemas patológicos sin tratar.

Ellos se sienten sanos, pero quién sabe si lo estén. La enfermedad mental es lo que veo en mi paciente, e inconscientemente hacen una frontera entre mi yo, y el yo enfermo del paciente. El problema comienza cuando se dan cuenta de que hay identificaciones. No es extraño que un porcentaje de residentes no concluyan su formación, lo que llaman en educación eficiencia terminal, no sólo por asuntos de aprovechamiento vocacional, sino por asuntos de salud mental o patológicos no tratados. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

3.8 ESTIGMA EN LA SALUD MENTAL DEL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

A juicio de los médicos/cas residentes consultados, existe un estigma hacia el tema de la salud mental por ellos mismos, sobre todo si son ellos mismos los que padecen algún trastorno. A pesar de reconocer los intentos que realizan como médicos psiquiatras por des-estigmatizar tanto a la disciplina como el abordaje de los problemas de la salud mental en sus pacientes, para los residentes consultados, aún existe el miedo a sufrir los prejuicios asociados a los trastornos de la salud mental como el verse débiles, inestables, mediocres e improductivos.

Cuando tratas a un paciente te enfrentas con el estigma porque es difícil hacerle ver tanto al paciente como a su familia que la mente enferma, y que es completamente normal atenderla. Sin embargo, cuando fui a valoración y me dijeron, ¿qué piensas de usar medicamentos psiquiátricos? Me sorprendí y me dije a mí misma, ¿a poco estoy tan mal para requerirlos? Creo que es un poco difícil quitarse el estigma asociado a la atención de la salud mental, porque te vayan a ver débil o piensen que no vas a rendir, pero es de lo más natural pedir ayuda. (Irma, R1, 25/11/2018).

Curiosamente, aunque somos profesionales que trabajamos con la salud mental y buscamos desestigmatizar a la población a la que atendemos, todavía hay mucho estigma entre nosotros, y se tiene miedo de que a uno lo puedan señalar como inestable, débil, insuficiente en caso de tener algún trastorno; es el clásico estigma en salud mental. No me quiero arrinconar y entonces me automedico para no exponerme. (Fabián, R2, 07/10/2018).

De esta manera, según la percepción de los propios médicos residentes, el estigma hacia una salud mental deteriorada impulsaría una práctica como la automedicación podría deberse a la necesidad de controlar el problema para continuar con sus actividades diarias y así evitar exponer su trastorno frente a otros por el temor de ser estigmatizados.

3.9 IDEACIÓN SUICIDA EN EL RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA

La ideación suicida es considerada por los residentes consultados como una situación cotidiana e importante cuando la presentan los pacientes a quienes atienden, pero un tema tabú y lejano en las discusiones dentro de la especialidad cuando hace referencia a sí mismos y al riesgo de su aparición entre los residentes de Psiquiatría. Para la mayor parte de los médicos/cas consultados, la ideación suicida tiene varias probables razones para emerger dentro de la especialidad, aunque la mayoría mencionó no haberla tenido durante su estancia en la residencia y hasta la fecha de la entrevista. Entre las probables causas que los residentes nombraron, se encontraron las siguientes: La existencia de problemas en materia de salud mental previos a la residencia, la cronicidad de esos problemas pre-existentes o la gestación de nuevos trastornos; esto último principalmente atribuido a la constante exposición a casos de pacientes difíciles y con pronósticos complicados. Para la mayoría de los residentes consultados, la ideación suicida resulta de una suma de varios factores, incluidos algunos sacrificios que tuvieron que realizar durante la especialidad como, por ejemplo, el distanciamiento de su lugar de origen, de sus amigos y familia. Esto último fue vinculado por los propios residentes consultados, a la pérdida de relaciones interpersonales lo que podría incrementar desequilibrios emocionales e incrementar el riesgo de que aparezca la ideación suicida.

Creo que el suicidio puede darse por las comorbilidades, por enfermedades mentales ya previas y aquí en residencia lo desarrollaron y otro factor pues la carga de estar expuesto a los problemas de otras personas. Yo creo que ya alguien con ideación suicida puede que venga con problemas de depresión o drogas. (Karla, R2, 31/10/2018).

Si tienes una infección se traduce en fiebre, si tienes una depresión fuerte, en ocasiones aparece la ideación suicida. Yo creo que los psiquiatras ya traemos broncas previas, que luego se disparan en la residencia con el estrés, la pérdida de relaciones interpersonales, y, sobre todo, en la dinámica de transferencia y contratransferencia con el paciente, donde luego es complicado metabolizar las emociones y te puede hacer mucho daño hasta el grado de que aparezca la ideación suicida. (Fabián, R2, 07/10/2018).

Yo creo que en Psiquiatría el desgaste emocional y mental es mayor a otras disciplinas, estamos absorbiendo los malestares de los demás, del dolor, del abandono, terminan desgastando a uno y termina afectando de forma importante a los residentes. (Mariana, R1, 01/10/2018).

Otra de las razones mencionadas por los residentes de Psiquiatría que podrían contribuir a la ideación suicida, es la exposición a escuchar la planeación suicida de los pacientes. Los médicos/cas consultados, aunque reconocieron que durante la formación se les ha dicho que indagar respecto a la ideación suicida no motiva a su ejecución, ellos sí contemplaron la posibilidad de que al escuchar tanto la estrategia como las formas en que los pacientes planeaban el suicidio, la idea germinara en los ellos mismos residentes como una ideación suicida propia. Además, los residentes mencionaron que, dentro de las aulas, no han sabido de algún caso con ideación suicida ni mucho menos algún intento. Al indagar sobre si el tema del suicidio en médicos/cas residentes de Psiquiatría se aborda dentro del área de Psiquiatría del instituto, los residentes, dijeron que no se habla respecto al tema y manifestaron desconocer la existencia de campañas de prevención. Por otro lado, y a pesar de la aparente inexistencia de la apertura al tema dentro del área de Psiquiatría del INNN, los residentes consultados mencionaron que, en caso de detectar algún caso de probable ideación suicida, sería más sencillo simplemente apoyarse entre ellos.

A lo mejor sucede que al escuchar la planeación de la ideación suicida de los pacientes se puede llegar a implantar la semillita de la idea y sobre todo la forma, aunque se nos ha dicho que hablar del suicidio no exhorta a la acción. El abordaje del suicidio en la institución quizá no sea frecuente, pero sabemos que podemos apoyarnos en caso de un problema. Creo que es más fácil detectar entre nosotros cuando alguien está mal. (Luisa, R3, 11/10/2018).

Sobre el suicidio entre médicos no nos hemos topado con esos temas, no hemos visto campañas ni prevención, pero afortunadamente al menos yo, no he visto casos entre compañeros o compañeras con ideación suicida o algo mayor. (Mariana, R1, 01/10/2018).

Para los supervisores consultados, el tema del suicidio entre médicos/cas residentes del área de Psiquiatría es delicado pero real dentro del gremio, debido a que para ellos, los residentes pueden presentar trastornos de ansiedad y depresión, que, en caso de no ser tratadas, podrían contribuir a la ideación suicida. No obstante, para los supervisores la ideación suicida no se promueve por indagar al respecto, ni se contagia por el hecho de explorarla con los pacientes a quienes los residentes atienden.

La conducta dramática del suicidio no se contagia. El indagar sobre el suicidio con los pacientes no promueve la acción ni tampoco contagia la idea a los residentes. Lo que sí puede suceder es que los residentes de Psiquiatría son personas que padecen depresión y ansiedad, y de no ser atendidos podría aparecer la ideación suicida. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

3.10 CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO III

En este tercer capítulo, y en primera instancia, se les preguntó a los médicos/cas residentes de Psiquiatría sobre qué representaciones tenían respecto a su propia salud mental previo al ingreso a la especialidad. Respecto a este punto, es interesante señalar que la mayoría de los residentes consultados aceptaron haber sufrido malestares o trastornos multicausales previos a la residencia, y que definieron nosológicamente bajo las categorías de “ansiedad” y “depresión”. Dichas categorías, considero que son, por un lado, demasiado generales y ambiguas. Por otro lado, estas categorías podrían ser parte de una sintomatología para expresar un malestar o sufrimiento social o bien, ocultar la existencia de otros posibles diagnósticos ya que dichas categorías nosológicas se encuentran normalizadas dentro del campo social de la residencia médica como consecuencias de cursar una especialidad de manera general y en este caso particular, la especialidad en Psiquiatría. Aunado a lo anterior, también es visible que, en muchos casos, y conscientes de su trastorno de salud mental, la mayoría de los residentes al ingresar a la especialidad, decidieron discontinuar el seguimiento a la patología o sintomatología, ya fuera prescindiendo de los psicofármacos únicamente o en conjunto con la ausencia de psicoterapia. El abordaje terapéutico en la mayoría de los casos, no se había iniciado previo a su ingreso a la residencia. Esta situación

abona y se articula con las razones emitidas por los mismos residentes cuando se les preguntó sobre posibles motivaciones de ingreso a la especialidad psiquiátrica, y donde varios mencionaron que la decisión podría haber estado relacionada con haber vivido algún trauma psicológico, o reconocer haber tenido o estar viviendo algún problema en su salud mental que les acercó a incursionar en la disciplina psiquiátrica. Es interesante complementar esta información con la vertida en el primer capítulo, donde se aseguraba que los filtros de ingreso del INNN eran insuficientes para detectar problemas de salud mental, ya que ellos mismos asumen la pre-existencia de trastornos previos al ingreso.

Más adelante regresaré al abordaje de las representaciones sobre su salud mental, pero es importante el mencionar que durante los años que comprenden la residencia médica, los próximos especialistas encuentran varias situaciones estructurales que son considerados por ellos mismos como estresores o factores multicausales que los afectan y contribuyen al deterioro de su salud mental. En un primer lugar, sobre la beca que reciben los residentes consultados, ellos mencionaron que por un lado ejemplifica la ambigüedad entre su función como trabajadores y la de estudiantes, ya que señalaron que el monto recibido no corresponde al estipendio de las demandas que exige el hospital en cuanto a disponibilidad, rendimiento y cuidado de los pacientes psiquiátricos a quienes atienden. Para mí, retomando a Victor Turner (1988) los residentes durante la especialidad cursan un proceso liminal que puede ser entendido como estar dentro y fuera, en medio de la transición; es decir, el residente ya perdió su estatus anterior como médico general, es de nuevo un estudiante, pero a la vez trabajador en ciernes de convertirse en un médico especialista; no obstante, aún sin adquirir este estatus.

Los médicos/cas residentes consultados consideraron una injusticia la inequidad del monto de la beca en función del trabajo desempeñado, y, por tanto, consideran que se vulneran sus derechos como trabajadores, al aprovechar la etiqueta de “beca” para no poner a los residentes en nómina y con las prestaciones regulares que le son otorgadas a otros profesionales de la salud. Varios de los residentes desconocen información esencial de la beca, como monto total, fechas de pago, e

incremento de la cantidad por cada año de la residencia; lo que además visibiliza un claro desconocimiento de los propios residentes sobre sus derechos y obligaciones. ¿Son estudiantes o trabajadores? ¿Son ambos? Por otro lado, la beca en sí misma funge como un elemento estresor a la salud mental de los residentes, dado que el monto, a juicio de los propios residentes consultados, es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas. Por su misma poca capacidad adquisitiva, la beca orilla en los residentes que vienen del interior de la República Mexicana, a vivir en la residencia que ofrece el instituto, y, que, a juicio de los residentes, ofrece un nivel alto de pragmatismo por su bajo costo y localización, pero en detrimento de cierto nivel de privacidad ya que los cuartos son siempre compartidos. A su vez, los médicos/cas residentes consultados hablaron de que la infraestructura y servicios proporcionados de la residencia que ofrece el INNN son insuficientes para la cantidad de residentes que ahí habitan.

En cuanto al tránsito por los distintos años de la residencia en Psiquiatría, cada año tiene características propias que lo inundan de significantes particulares y que lo dotan de una esencia particular. En esta investigación, hemos querido retomar la voz de los residentes para describir cada etapa de la residencia con la información proporcionada por los residentes y que dan cuenta de los desafíos principales que deben sobrepasarse como ritos de paso donde ciertos acontecimientos permiten el tránsito liminal hacia otra etapa, despojándose de ciertas responsabilidades y absorbiendo las nuevas, en el camino hacia un objetivo ulterior que es el convertirse en psiquiatras. Para Turner, (1988) el ritual es entonces una especie de “puesta en escena” del mito, lo que contribuye a la definición de la identidad de los individuos. Y, añade que los ritos de paso, si bien son mecanismos para preservar y reproducir el orden social establecido, también proponen nuevas configuraciones. Lo cierto es que para Turner (1988) la liminalidad en los ritos de paso, “implica que el que está arriba no podría estar arriba de no existir el que estuviese abajo, y que quien está arriba debe experimentar lo que es estar abajo”. (Turner, 1988: 104).

Freidson (1977) considera que estos ritos son se pueden ver como acontecimientos sociales dentro de una trayectoria profesional, en este caso médica, derivado de la

asignación de roles y demandas por quienes cierto control y exigen el cumplimiento de ciertas demandas. En cada fase de la residencia, existe una singularidad de ritos que se deben realizar para avanzar a la siguiente etapa.

Los residentes de Psiquiatría se sienten “dentro y fuera” de la estructura social, son estudiantes en formación, pero trabajadores en acción. Y, ya en el primer año de la residencia, realizan actividades meramente burocráticas, pero también se les exige comportarse como neurólogos, sin dejar de ser psiquiatras. En el segundo año, los médicos residentes traspasan de una actitud pasiva y subordinada a las órdenes de residentes de años superiores, (realizando actividades predominantemente físicas), a la de constituirse como los responsables de la guardia de Psiquiatría, con una asesoría poco cercana de los residentes de tercer año. Los residentes consultados dijeron que después de transitar un primer año de desgaste físico y aprendizaje subordinado, pasaron a un segundo año de desgaste psíquico y emocional con un aprendizaje basado en la adquisición de responsabilidades y toma de decisiones propias.

Mientras tanto, para los residentes consultados, el tercer año fue nombrado metafóricamente como “las playas”, en alusión a un aparente descanso o menor desgaste (tanto físico como psíquico) en comparación a los otros años formativos de la especialidad. Esto se articula con la adquisición de un rol “fantasma” durante el tercer año, ya que, según las palabras de los residentes, el estudiante ya no tiene presencia en las guardias, (solo se presenta ocasionalmente) y más bien asesora de manera distante a los residentes de segundo año. Aquí nuevamente podemos retomar a Victor Turner (1988) para entender cómo dentro del mismo proceso formativo de la especialidad, existen fases liminales en sus propias fases e intersticios como sucede con el tercer año de la residencia. Aquí, el aparente descanso que significan “las playas”, representa una especie de oasis temporal, donde el médico residente se transforma en un ente amorfo, liminal, pues ya no es el primerizo “pendientero” que descuelga el teléfono a las órdenes de todos, pero tampoco se tiene la responsabilidad directa de los ingresos o se está a cargo de los residentes de primer año como sucede en el segundo. Al mismo tiempo, el residente

de tercer año no es el responsable del piso de los internados como sucede con los casi egresados de cuarto año, y, por consiguiente, no recibe instrucciones directas de los adscritos. En esencia, durante el tercer año, uno se convierte en residente fantasma, cuya singularidad le permite un aparente descanso con responsabilidades diluidas y roles aparentemente contradictorios, pues asesora lábilmente a los de segundo año, pero también aprende a la sombra del residente de cuarto año. Estas características le permiten al residente de tercer año entrar a una fase intermedia de relativa autonomía donde existe la posibilidad de retomar varias actividades personales que se sacrificaron durante los primeros dos años de la formación. No obstante, por otro lado, la organización cultural biomédica (Muñoz, 2014), también espera que los médicos/cas de tercer grado, ya hayan adquirido para estas instancias, los suficientes conocimientos como para comportarse a la altura de asumir las responsabilidades del residente de cuarto año en caso de que éste no esté al nivel de las exigencias demandadas por los adscritos.

Finalmente, el último año de la residencia, el cuarto, implica la adquisición de la responsabilidad del piso de los ingresos. El estudiante en este grado, ya se encuentra en el último escalafón de su formación, pero recibe órdenes de los adscritos de manera directa y tiene que coordinarse con los residentes del grado inferior, es decir del tercer año, aunque éstos siempre con la descarga de no saberse responsables del piso. El residente de cuarto año, desaparece por completo del radar de los residentes del primer y segundo año, está listo para “salir del cascarón” de una gestación de cuatro largos años (egreso) según palabras de los propios supervisores, pero a juicio de estos mismos, muchas veces el residente de cuarto año no quiere, en términos de Turner (1988) “cruzar el umbral” y despegarse de ese rol de estudiante para por fin transformarse en especialista, con el temor de enfrentarse al mundo real. Empleando el paradigma de los ritos de paso de Victor Turner (1988), esta última transición del cuarto año de la residencia hacia el egreso, genera mucho miedo e incertidumbre. Según los supervisores consultados, esto estriba en que los residentes de este último año de la residencia, reconocen que ya no tendrán el respaldo institucional ante cualquier duda o conflicto con el paciente, y saben que tendrán que establecer su propio consultorio, o espacio laboral para la

práctica psiquiátrica. Según relataron los supervisores, en muchos casos, las nuevas responsabilidades conferidas a los residentes del cuarto año, sumada a la presión e incertidumbre del egreso, generan nuevos estresores en el médico/ca quien en ocasiones no rinde al nivel de las expectativas. Por lo anterior, algunos residentes de tercer año en ocasiones responden mejor a estas expectativas de rendimiento que los supervisores esperan de los residentes de 4to año.

Derivado de lo anterior y en términos de Freidson (1977) la profesión médica desarrolló y requiere de una división del trabajo similar a la industrial, por lo que su labor no solo se remite a diagnosticar o tratar pacientes, sino que también ejerce control sobre otras profesiones que están subordinadas como sucede con la enfermería, pero en este caso podríamos pensar en los mismos residentes. Aunque Freidson (1977) no se refería a los residentes que cursan una especialidad, sí llamó profesiones “paramédicas”, a toda actividad profesional “al margen, o junto a” la profesión médica, por tener tres características esenciales, la falta de autonomía, la falta de responsabilidad y la carencia de prestigio. De esta manera, pese a ya ser médicos generales, sobre todo el R1 en específico, podría suponerse como un “paramédico” dentro de la residencia, que, en su trayectoria de especialización y conforme avance de grado cumpliendo los rituales esperados, irá desprendiéndose de la connotación de “paramédico”, para ir adquiriendo más responsabilidades como sucede en el R2, así como más autonomía, R3 y R4, hasta convertirse en médico especialista, conquistando finalmente, la tercera y última característica acorde a Freidson; el prestigio.

Es importante recordar que para Freidson (1977) en cualquier formación profesional y la médica no está exenta, se adquieren determinados conocimientos y habilidades que deben ser reconocidas, aprendidas y reproducidas por el grupo, de manera que se distingan de otros conjuntos sociales en cuanto a sus técnicas, conceptos y resolución de problemas. En el caso de los residentes, el tránsito por cada año de la especialidad, requiere de la adopción y práctica de ciertas habilidades y conocimientos que les permitan alcanzar una acumulación de experiencias con las

actividades que realizan, y de esta manera garantizar el adecuado ejercicio de una profesión especializada.

En cuanto a las representaciones sociales que tienen los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría sobre su propia salud mental durante su etapa formativa, como se había explicado al principio de este apartado de conclusiones, ellos aseveraron manifestar malestares y patologías previas al ingreso, pero, a las que se le discontinuó el seguimiento y tratamiento justo al ingresar a la residencia o durante el primer año de la misma. Sin embargo, los residentes consultados no solo refirieron haber manifestado expresiones de malestar en su salud mental previo al ingreso a la especialidad, sino que también manifestaron que se generaron nuevas aflicciones durante el curso de la misma. Aquí es interesante plantear que la cultura organizacional biomédica entendida como una “serie de dimensiones socioculturales, simbólicas y materiales en las que las representaciones sociales, los discursos y las prácticas de los actores están ordenadas, e institucionalizadas” (Muñoz, 2014:316) genera un habitus (Bourdieu, 1997) dentro de la residencia médica respecto a la disposiciones mediante las cuales los médicos/cas residentes perciben, juzgan y actúan sobre su salud mental en función de valores como la resistencia y la expectativa de productividad que son inculcados durante la residencia. Esto influye y a veces impide que los propios residentes continúen o inicien la atención de sus malestares y trastornos de salud mental, (sin importar si estos fueron detectados antes o durante la especialidad).

Es importante mencionar que para fines de esta investigación se problematiza el concepto de salud mental desde las ciencias sociales, y en particular de la antropología médica para comprender que la enfermedad mental no solo tiene un origen y causalidad meramente biológica o genética, sino derivada de su contexto social, cultural, medio ambiental y económico como expresan Rylko-Bauer, Whiteford & Farmer (2009).

Por ejemplo, para Kleinman (2012), el concepto de salud mental es además mucho más amplio que nosologías específicas, y abarca otros problemas desarrollados en relaciones interpersonales y en contextos formativos, laborales y domésticos. “El

término “salud mental” fue desarrollado para abarcar no solo demencia, psicosis y desórdenes de depresión/ansiedad, pero también para incluir un espectro más amplio de problemas, de abuso de sustancias, serios problemas escolares y desintegración familiar, también violencia y sus consecuencias traumáticas”. (Kleinman en Inhorn & Wentzell, 2012: 116).

De tal manera, Kleinman (2012) logra visualizar que los trastornos en salud mental son concebidos por antropólogos médicos y expertos en salud global no solo como formas de sufrimiento social sino también como consecuencias de esto. “Nosotros veremos muchos casos de desórdenes de depresión y ansiedad como formas de sufrimiento social, así como consecuencias de sufrimiento social”. (Kleinman en Inhorn & Wentzell, 2012: 119).

Lo anterior en virtud de que la definición ofrecida por la OMS para salud mental, me parece insuficiente y justamente representa con toda claridad, un enfoque hacia la salud funcional de Mark Nichter (2006). Es decir, la salud es medida acorde a la capacidad para realizar determinado tipo de actividades cotidianas, y se mide en función rendimiento y productividad en sociedad. (Nichter, 2006). Así, la definición de la OMS sobre salud mental se resume de la manera siguiente, “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013).

En las respuestas de la mayoría de los residentes consultados del segundo y tercer año sobre el reto que implica cursar una especialidad, los médicos/cas refieren que transitar el sendero de la especialidad, conlleva desde el comienzo mismo, todo tipo de sacrificios, como por ejemplo: Sacrificios económicos, distanciamiento físico del lugar de origen, alejamiento de sus redes de apoyo, el deterioro de su propia salud por malos hábitos alimentarios, pocas e irregulares horas de sueño, sumadas al *burnout* por las actividades diarias realizadas en la residencia, las jerarquías y la exposición al sufrimiento de los pacientes. Derivado de lo anterior, los residentes consultados afirmaron que, desde su ingreso a la especialidad, en general no gozan

de buena salud mental, y varios se refirieron a la residencia como un caldo de cultivo, un laboratorio que trasgrede la salud mental y que propicia, ya sea el desarrollo de un trastorno previamente identificado o la gestación de uno nuevo. En cuanto a la sintomatología (experiencia subjetiva) más frecuente que pudieron enunciar los residentes, se encontraron la ansiedad y la depresión, ambas categorías aún ambiguas e inespecíficas, que pueden ser entendidas según Pang (1998) ya sea como sentimientos, estados de ánimo o emocionales, también como una patología o incluso un síndrome (Pang, 1998). Lo anterior nos remitiría a pensar que ambas categorías “ansiedad” y “depresión” no solo podrían ser enfermedades, sino expresiones de malestar o sufrimiento.

Por otro lado, tanto la ansiedad como la depresión, también pueden ser vistas como un trastorno de origen eminentemente biológico y genético, materializado en definiciones psiquiátricas que se clasifican con pretensiones universales. Esto se ve reflejado en la OMS a través del manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) o mediante la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), a través del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, por sus siglas en inglés DSM. Por ejemplo, la APA (2019) define a la depresión como una enfermedad médica que afecta negativamente la forma de pensar y actuar de quienes la padecen interfiriendo con sus actividades diarias. Y, cuyos síntomas más comunes son: el profundo sentimiento de tristeza y una marcada pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas. (APA, 2019). Mientras tanto, para el caso de la ansiedad como trastorno, la APA los clasifica como un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión o activación que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. (APA,2019).

Distinto a esto, desde las ciencias sociales, investigaciones como la de Kleinman y Good (1985) de nombre “Culture and Depression”, consideran que es difícil encontrar una sola definición para la depresión, la ansiedad y otros problemas de salud mental, por lo que una conclusión a la que llegan, es que la depresión y la ansiedad se pueden entender como un estado de ánimo, síntoma de enfermedad

mental y como enfermedad en sí. Otros estudios como (Kokanovic, et al, 2013) consideran a la depresión como una experiencia y respuesta a distintos acontecimientos de la vida del individuo o como (Kangas, 2001) a presiones sociales a los que enfrentan los individuos.

Lo anterior nos permite reconocer la complejidad para comprender definiciones como la ansiedad y la depresión, pues a través de los datos empíricos, considero que mientras algunos residentes concibieron ambas categorías como trastornos, para otros residentes eran solamente expresiones de sufrimiento o simplemente estados de ánimo. No obstante la indefinición, ambas categorías nosológicas, (ansiedad y depresión) son culturalmente aceptadas dentro del campo social de la residencia médica como manifestaciones comunes y frecuentes de la formación como especialistas. Para esta investigación lo más importante ha sido escuchar de viva voz de los sujetos, las expresiones sintomatológicas de lo que ellos llaman ansiedad y depresión para comprender qué malestares de salud mental experimentan los residentes de Psiquiatría durante la especialidad, a qué los atribuyen y cómo los atienden.

Para Martínez-Hernández (2006) en el acercamiento a la comprensión de la salud mental, un error frecuente es reducir el contexto cultural a una simple comunicación clínica y pensar que solo las minorías étnicas responden a una cultura, como si, por ejemplo, cualquier grupo de profesionales occidentales fueran sujetos “aculturales”. En este caso, es importante comprender que los residentes de Psiquiatría se encuentran inmersos en una cultura organizacional biomédica que, como cultura, dice Martínez-Hernández (2006) “también constituye un contexto explicativo de la etiología, la sintomatología, el curso, evolución y tratamiento de los trastornos mentales”. (Martínez-Hernández, 2006: 2277).

En su mayoría, los residentes consultados no negaron la existencia de problemas en su salud mental, y tampoco niegan su fragilidad emocional, es decir, aceptaron tener problemas de salud mental, pero en la mayor parte de los casos, los residentes dijeron no buscar solución al problema, y cuando lo hacen no es a través de un

apoyo profesional, sino que habitualmente intentan atender su propia sintomatología con los conocimientos biomédicos adquiridos durante su formación.

El estigma asociado a una salud mental deteriorada en el mismo residente, los recursos económicos y de tiempo limitados, además de la idea introyectada por la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) respecto al valor de la resistencia frente a la adversidad en función de la productividad, evita que los médicos/cas residentes puedan buscar ayuda y brindar tratamiento a su salud mental. Ya Carlos Mingote, et al en el artículo, “Prevención del suicidio de médicos” del 2013 mencionó que, “los médicos se resisten a buscar ayuda profesional por temor al estigma social y comprometer su carrera profesional “. (Mingote, et al, 2013:189).

A juicio de los propios residentes consultados, ellos consultan a otros profesionales de la salud siempre y cuando el malestar o patología identificada, no pertenezca al área de la salud mental (entiéndase psicología o Psiquiatría.), sino a cualquier otra área de la Medicina como pueden ser cardiología, endocrinología, nutrición, etc. Esto, según los propios residentes, se debe a que consideran tener suficientes conocimientos biomédicos dentro del área de la salud mental como para encontrar explicación y solución a sus síntomas, también por la existencia de un ego profesional y debido al estigma asociado a verse débiles, vulnerables, mediocres o incluso incapaces para resistir la etapa de la residencia.

Los mismos residentes no sólo hablaron de tener una salud mental deteriorada o no óptima, sino que aceptaron que tener una salud mental afectada perjudica el aprendizaje, el rendimiento y la atención a los pacientes que tienen a su cargo. En este sentido es importante analizar cómo la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), por un lado, impulsa la creación de un habitus (Bourdieu, 1997) repleto de valores y representaciones sociales como la resistencia, el rendimiento y el sacrificio en pos de la productividad, con la intención de seguir atendiendo a sus responsabilidades y tareas, donde por supuesto se encuentra la atención a los pacientes. No obstante, por otro lado, y de manera paradójica, ese mismo habitus (Bourdieu, 1997), que impulsa la salud funcional (Nichter, 2006), perjudica la salud

mental de los residentes quienes a su vez aceptan que una salud mental deteriorada termina perjudicando la relación médico-paciente.

En las representaciones sociales que tienen los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría sobre salud mental, aparece el estigma hacia el hecho de que ellos mismos presenten una salud mental deteriorada. Esto es ciertamente paradójico ya que ellos mismos mencionaron que asumen la misión de desestigmatizar la atención de la salud mental en pacientes y en los familiares de estos cuando dan un diagnóstico. Lo interesante es que acorde a lo referido por los residentes consultados, este estigma de una salud mental deteriorada se asocia a significaciones como el “verse débiles” e “incapaces” de rendir en la especialidad; es decir, nuevamente hacia un enfoque de salud funcional (Nichter, 2006), es decir, la salud “como un estado relativo que se mide en función de la capacidad que tenga un sujeto para realizar cierto tipo de actividades y tareas normales para su propia vida”. (Nichter, 2006:113). Ya Goffman (2006) hablaba sobre cómo el estigma en otro de sus niveles de perjuicio, afectaba a quien lo sufriera por la vergüenza que le causa ya fuera por una diferencia pequeña o grande respecto a lo considerado “normal”.

Es decir, el estigma que existe en los residentes de Psiquiatría respecto al deterioro de su salud mental, se asocia más bien a representaciones sociales como el ser vistos como “débiles”, “incapaces” y/o “improductivos” dentro de una cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) que dicta las pautas y expectativas asociadas a la resistencia, al rendimiento y a la productividad de los residentes en el campo social de la especialidad psiquiátrica.

Aquí habrá que recordar que esas nosologías “ansiedad” y “depresión” que manifestaron tener los residentes, pueden ser vista como *idioms del distress*, es decir, expresiones de malestar en un contexto social de producción del sufrimiento como puede ser la especialidad psiquiátrica. Para analizar dichas nosologías en el campo social de la residencia, habrá que pensar como dice Martínez-Hernández (2006) en una Psiquiatría no solo enfocada al estudio de los neurotransmisores (sin tampoco descartarlos) sino también interesada en realizar investigaciones sobre la

influencia cultural en la salud mental. “Con todo, los enfermos mentales no son islas psicopatológicas carentes de contexto. Es tan incompleta una Psiquiatría que no valore el contexto, como una Psiquiatría que no dé cuenta de los procesos psíquicos y/o biológicos. (Martínez-Hernández, 2006: 2270)

Finalmente, con relación al tema de la ideación suicida en médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría, las interpretaciones dadas por los residentes consultados permiten dar cuenta de factores multicausales. En primera instancia la negación de los residentes para buscar ayuda profesional frente a un malestar o trastorno mental (muchas veces preexistente a la residencia y en otros casos generado a partir de ésta), reduce las posibilidades de atención lo que permite un peor pronóstico por la cronicidad del trastorno. Esta situación se puede interpretar a partir de las reflexiones de los propios residentes y supervisores, quienes coinciden en aceptar la posibilidad de que esto pueda generar un primer esbozo para el surgimiento de una ideación suicida.

Aunado a lo anterior, los residentes consultados aceptaron que otro de los factores que podría contribuir a la generación de una ideación suicida entre ellos, es el contacto con el paciente y su sufrimiento. Es decir, la constante exposición al dolor ajeno mediante los casos atendidos, facilita la contratransferencia, es decir, “las reacciones, actitudes, pensamientos e ideas que de manera inconsciente el terapeuta produce (en sí) en la relación con su paciente”. (Laplanche, & Pontalis, 1996: 84). A pesar de que los propios residentes y los supervisores consultados, aceptaron que bajo fundamento psiquiátrico el hablar sobre el suicidio no exhorta a perpetrar la acción ni a fortalecer una ideación suicida, según los propios residentes, el estar expuestos a escuchar el acervo de métodos y técnicas que los pacientes han empleado o desean emplear para ejecutar una conducta suicida, sí podría ofrecer información que, en su momento, abone a la estrategia de una ideación suicida.

Es importante mencionar que ninguno de los médicos/cas residentes entrevistados manifestó haber presentado ideaciones suicidas durante la especialidad. No obstante, cuando se les indagó respecto a por qué podría llegar a surgir la ideación

suicida durante la residencia, sus respuestas se articularon con algunas investigaciones internacionales previas que buscaron comprender el riesgo suicida en el médico residente como la de Van der Heijden et al, (2008), en donde la prevalencia de *burnout* y de ideas suicidas en una muestra representativa de residentes alemanes (N=2115) dio por resultado que los pensamientos suicidas eran más frecuentes en residentes que presentaban burnout o *síndrome de desgaste profesional*. "...20,5% versus 7,6%, $p < .001$ " (Van der Heijden et al, (2008) en Mingote, et al, 2013: 182). En cuanto al riesgo suicida en psiquiatras, los estudios de Blachly, Disher y Roduner (1968), Rose and Rosow (1973) y De la Cruz, Corominas y Sarró (1988) demostraron a través de distintos abordajes, que el psiquiatra tenía un riesgo de suicidio mayor a otras especialidades médicas.

Es imprescindible en este punto retomar la concepción sociológica del suicidio a través de Durkheim cuando habló sobre la relación entre sociedades industrializadas y el aumento en los índices del suicidio. Para Durkheim (1897), retomado por Levi Strauss (1981) en Martínez-Hernández (2008), el suicidio (yo agregaría también la ideación suicida), no debía ser vinculado únicamente con factores psicopáticos o ambientales, sino también ser analizado como producto de fuerzas sociales que hacen del individuo una función inestable.

Durkheim (1897) retomado en Martínez-Hernández (2008), hacía una distinción entre cuatro tipos de suicidio, el suicidio altruista, el anómico, el egoísta y el fatalista, siendo para fines de este trabajo, el primero, (altruista) el que más me interesa. A la luz de la sociedad contemporánea y de lo expresado por los residentes consultados, durante la especialidad psiquiátrica entendida como un campo social, aparecen como ya hemos visto, una ingente diversidad de estresores multifactoriales (exposición al paciente, horarios extensos, mala alimentación, falta de sueño, jerarquías, etc). Estos factores condensados en un habitus (Bourdieu) enfocado hacia la resistencia y el rendimiento, genera la aparición de sintomatología asociada a nosologías como la "ansiedad" y la "depresión" que bien podrían ser entendidas según Kleinman (2012) tanto como formas de sufrimiento social, así como consecuencias de sufrimiento social. (Kleinman en Inhorn & Wentzell, 2012). Este

sufrimiento social según Kleinman, Das y Lock (1997) se produce a raíz de los daños que una fuerza de carácter social tiene sobre la experiencia del individuo. (Kleinman, Das y Lock, 1997).

De esta manera, como dicen Kleinman, Das y Lock (1997) para comprender el sufrimiento social habrá que abarcar esferas como la moral, lo político, lo profesional y lo cultural, donde habitualmente se dan apropiaciones del sufrimiento colectivo.

Entonces, para mí, el sufrimiento social de los médicos residentes podría responder al enfoque de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) por producir un habitus (Bourdieu, 1997) hacia la resistencia y la productividad durante la residencia, en detrimento de la salud mental de sus integrantes. Este habitus se apropia del sufrimiento colectivo de los residentes y se resignifica como sinónimo de salud funcional (Nichter, 2006). Como ejemplo de sufrimiento social, habrá que retomar a Durkheim (1897) retomado por Martínez-Hernández (2008) cuando habla justamente sobre el suicidio de tipo altruista que bien podría analizarse a la luz de una residencia médica contemporánea: “los intereses personales son claramente subordinados a las exigencias de la colectividad, hasta el punto de exigir al actor social de forma velada o explícita el sacrificio de su vida, aun cuando las situaciones objetivas no parezcan necesitar de una conducta de entrega personal de esta índole”. (Durkheim (1897) en Martínez-Hernández, 2008: 128).

IV. ESTRATEGIAS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO DE SU SALUD MENTAL

4.1 AUTO-ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

En el capítulo anterior se expusieron los principales desafíos que los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría mencionaron respecto a su tránsito por los distintos años de la residencia, así como las representaciones sociales que tienen respecto a su propia salud mental durante esta trayectoria formativa. En el presente capítulo se exponen las estrategias y prácticas de cuidado que llevan a cabo los residentes para cuidar su propia salud mental, a través de la autoatención y las búsquedas de atención. El contenido del capítulo se estructura acorde a las principales estrategias y prácticas de autoatención manifestadas por los residentes consultados, y se incluye en las conclusiones hacia el final del capítulo, una discusión teórica sobre la negación del residente por asumir tanto el rol del enfermo como el rol de paciente, lo que trae como consecuencia, la aparición de un síndrome culturalmente delimitado que propongo llamar síndrome del superhéroe. De esta manera, en primera instancia se analizan las diversas estrategias y prácticas de autoatención, como las redes de apoyo, el humor, el ejercicio y las actividades recreativas, y, sobre todo, la auto-medicación. Para finalizar el capítulo, se discute teórica y empíricamente la psicoterapia como una estrategia de búsqueda de atención y la red de significaciones atribuibles a ésta, ya sea por su incorporación o rechazo en alusión al cuidado de la salud mental de los médicos/residentes de Psiquiatría.

Recordemos que para la mayoría de los médicos/cas residentes entrevistados, su salud mental había sufrido un deterioro previo al ingreso a la especialidad, sin embargo, también dijeron que durante los años de la residencia médica se trastoca o se potencia el deterioro en su salud mental por distintas razones como se mencionó en el capítulo anterior. Para poder hacer frente a los desafíos y factores estresantes mencionados anteriormente, los médicos/cas residentes recurren a distintos tipos de estrategias de autoatención.

Si bien los médicos/cas residentes manifestaron aceptar estar enfermos cuando se percatan de que su salud mental se ha visto deteriorada, (habitualmente expresada a través de nosologías biomédicas como la ansiedad y la depresión); lo cierto, es que muchos aseguraron no asumir ni el rol de enfermo ni el rol del paciente. Para ellos, el rol de enfermo significaría asumir una vulnerabilidad que limitaría el ejercicio de sus prácticas académicas y laborales, además de tener que lidiar con un estigma de debilidad e improductividad. Por otro lado, asumir el rol de paciente, sobre todo cuando se trata de atender problemas de salud mental, significaría para los residentes el que otro profesional de la salud mental pudiera diagnosticar, prescribir y dar seguimiento a su trastorno, por lo que conllevaría según los residentes consultados, a visibilizar y socializar su trastorno, adherirse a un tratamiento y a un seguimiento determinado. Esta situación no solo representaría un golpe al ego profesional, sino que también representaría que el tratamiento de su trastorno se realice de manera externa, implicando una dependencia económica, y una carga adicional de tiempo que se interpondría, según ellos, con sus responsabilidades durante la especialidad. La negación al aceptar los roles de enfermo y de paciente, provoca que la autoatención, más que la búsqueda de atención profesional, sea la estrategia más empleada para que los médicos/cas residentes de la especialidad de Psiquiatría cuiden su salud mental.

4.2 REDES SOCIALES Y DE APOYO, REGALOS Y MUESTRAS DE EMPATÍA

Una de las prácticas de autoatención más utilizadas por los médicos/cas residentes para proteger su salud mental durante la especialidad, es apoyarse en sus redes familiares y sociales. Con relación a esto, los médicos/cas residentes se apoyan a través de amigos fuera de la residencia, así como con compañeros de la residencia, con quienes pueden desahogarse de las tensiones experimentadas en la especialidad, situación que les permite, según ellos, atender o prevenir el deterioro de su salud mental.

Creo que mi familia y mi novio me apoyan mucho, así como mis mejores amigas, que, aunque no las veo mucho les marco a las 2 am y les puedo contar cómo me siento y los problemas que tengo. Luego me apoyo mucho en mis amigos de aquí mismo cuando sufro

de ansiedad, aquí somos terapeutas entre nosotros y eso nos ayuda a desahogarnos y sentirnos mejor. (Paulina, R3,10/09/2018).

De manera más específica, ciertas relaciones entre residentes dentro del mismo instituto promueven prácticas que pueden ser concebidas como apoyos, como, por ejemplo, el compartir pequeños regalos entre los residentes de la especialidad de Psiquiatría. Estos regalos tienden a ser recíprocos y habitualmente son productos como café, chocolates, bizcochos o galletas azucaradas, alimentos que funcionan como estimulantes energizantes y cognitivos que se entregan habitualmente durante las guardias o después de éstas. En ocasiones, estos regalos funcionan como aliciente para continuar con las actividades de la residencia, tienen la intención de ofrecer muestras de empatía y solidaridad ante las tensiones de la especialidad, o inclusive, funcionan como expiación de culpas cuando residentes de años más avanzados encomiendan una sobrecarga de tareas a residentes de grados inferiores.

Los regalitos son bien importantes aquí, los entregamos continuamente porque luego, por ejemplo, yo me siento mal porque quizá le metí varios ingresos a mi R1 y está atoradísimo por mi culpa, entonces paso y les dejo una galleta o un café. Es una manera de sentirse apoyado. (Karla, R2, 31/10/2018).

Luego en las guardias sobre todo llega uno temprano y nos damos regalitos, ya sean chocolates o café. Por ejemplo, a mi R3 yo le compraba café a una colega y era recíproco. Luego le digo a mi R1 voy a pedir comida, ¿qué te pido? (Marlene, R3, 19/10/2018).

4.3 SENTIDO DEL HUMOR

Aunado a los regalos, otra práctica habitual para lidiar con la ansiedad, la depresión y el estrés durante la residencia, es el sentido del humor. Los médicos/cas residentes manifestaron que el humor les ayuda a combatir la exposición constante a casos de pacientes psiquiátricos complicados, ya que al reírse y hacer bromas respecto a ciertas ideas y comportamientos delirantes, les permiten a los propios residentes familiarizarse con lo patológico, y así intentar según los propios residentes consultados, normalizar la situación. Acorde a los propios médicos/cas residentes, de esta manera, se puede lidiar de mejor manera con transferencia del dolor, la angustia y el sufrimiento experimentado por los pacientes y sus familiares. Para los residentes consultados, el paciente psiquiátrico es distinto a cualquier otro

tipo de paciente por los miedos, preocupaciones, delirios y alucinaciones que los aquejan, y la expresión de la patología también es diferente, ya que en ocasiones los pacientes se encuentran fuera de la realidad. De esta manera, el humor les permite lidiar con la extrañeza de la enfermedad mental, también como una manera para desahogar la acumulación del estrés acumulado, y por supuesto como mecanismo de defensa frente a posibles identificaciones que pueden realizar los propios residentes con algunos padecimientos de los pacientes.

Otra opción es la risa, nos reímos de los problemas y de cómo uno aborda los casos y normalizamos los síntomas yo creo para no comprometer nuestra salud mental. Yo veo mucho el humor aquí, porque un paciente psiquiátrico no es lo mismo que uno cardiológico, por ejemplo. Porque a veces están fuera de la realidad, y la risa nos ayuda a normalizar los casos, y te relajas y te la pasas a gusto, a pesar de la dificultad. ¿Para qué generas más tensión? (Jorge, R4, 17/10/2018).

Aquí tendemos mucho a burlarnos de los pacientes y de la situación, son pacientes con historias muy particulares. Creo que sería muy pesado si no nos pudiéramos reír, aunque, eso sí, siempre hay un límite, y una vez que se tiene el paciente en frente nunca se hace eso. Yo creo que es un mecanismo de defensa porque reconocemos algunas cosas que vemos en los pacientes y nos identificamos con ellos, pero además el reírnos nos ayuda para no llevar esa exposición a casa. (Marlene, R3, 19/10/2018).

A veces te llaman a urgencias por ideación suicida, te asomas y ves a una paciente con el pelo pintado de rosa y sabemos que ahí viene una border. Incluso minimizamos las cosas y nos reímos, porque sabemos que es border, hace su acting y sabemos que no se va a matar. El reírnos entre nosotros de los casos que llegan, nos permite lidiar con los problemas y hasta la desgracia. (Karla, R2, 31/10/2018).

4.4 EL OCIO Y LA RECREACIÓN FUERA DE LA RESIDENCIA; (NETFLIX, GIMNASIO, CINE, ETC)

Durante la residencia médica, muchos médicos/cas consultados, refirieron haber abandonado actividades de ocio y recreación que realizaban habitualmente antes de la especialidad. Los residentes atribuyeron este hecho, por un lado, a la incompatibilidad de tiempos entre su estancia en la residencia y su vida fuera de la misma, así como por la poca energía que les quedaba al regresar a casa después de una jornada académica y laboral en la residencia. No obstante, la mayoría de los residentes consultados, aseveraron que, a partir del tercer año formativo, pudieron retomar algunas actividades recreativas como ir al gimnasio, leer otro tipo de contenidos no biomédicos, bailar, asistir al cine, entre otras actividades que

además consideraron necesarias para mejorar su salud en general y su salud mental en específico, como estrategias para atender el estrés, la ansiedad y la depresión.

Durante la residencia he dejado de hacer cosas que me gustaban como el tae kwon do y el baile, y a veces cuando tienes horas libres, te pones a hacer otras cosas, yo trato de ir al gimnasio por salud mental y salud física, y hasta para poner el ejemplo. Por ejemplo, lo sugiero con los ansiosos como estrategia de cuidado. (Karla, R2, 31/10/2018).

Lo que me servía para distraerme, era irme a casa y leer de cosas distintas que no fueran de Psiquiatría, ver una película, no sé, desconectarme. Antes del R1 iba al gimnasio, lo dejé por tiempo y cansancio. Cancelé mi membresía, pero ahora en R3 puedo ir varios días y me sirve como terapia física pero también desahogo mental. (Marlene, R3, 19/10/2018).

El ejercicio lo uso para varias cosas, la salud, paz mental, la depresión porque si no lo hago, me pongo irritable y me pongo de mal humor si no voy. Intento hacerlo diario, pero evidentemente no puedo y en la postguardia a veces lo logro, pero en otras no, por la energía. (Luisa, R3, 11/10/2018).

Mientras que algunos residentes compartieron la idea de salir y distraerse con otras personas lejos del instituto, como estrategia para velar por su salud mental, ya sea visitando a la pareja, algún amigo o familiar; varios de los residentes entrevistados, mencionaron que aprovechar el tiempo fuera de la residencia para dormir era necesario, debido a la poca energía que les restaba para otro tipo de actividades que en realidad quisieran retomar, pero que no pueden, por lo que optaban por descansar. Para muchos de los residentes consultados, ha resultado frustrante el no poder realizar otro tipo de actividades durante la residencia, derivado de los tiempos y el desgaste físico y mental al cual están expuestos.

Cuando tengo horas y días libres yo prefiero dormir, la verdad, porque no hay energía para más, (risas). Trato de ir al gimnasio, luego soy adicta al Youtube o a Netflix, a veces veo a mi novio o hablo con él, aunque sea por teléfono o luego leo cosas que ya no son de Medicina. (Karla, R2, 31/10/2018).

Como que uno va viendo que va decayendo muchísimo, no da tiempo ni energía de estar saliendo. No va uno a fiestas, y cuando uno sale, siempre va con los mismos compañeros del hospital. Ya es muy poco el ver a tus amigos de antes y la verdad me gustaría verlos más, pero es bien difícil no son los mismos tiempos, no es tan sencillo. Antes bailaba mucho y ahora no puedo, ya no hay ni tiempo ni energía y es muy frustrante. (Paulina, R3,10/09/2018).

4.5 ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS ADICTIVAS Y/O ILEGALES

Muchos de los residentes consultados, mencionaron que durante la especialidad de Psiquiatría ellos o sus compañeros/as han utilizado por etapas breves o de manera constante, bebidas alcohólicas, tabaco, café, chocolates, así como otro tipo de sustancias para lidiar con las tensiones de la residencia. Para ellos, dicho consumo ha sido empleado como estrategia para atender la ansiedad y el hambre a través del tabaquismo, la depresión por medio del alcohol y los chocolates, el café usado para lidiar con el agotamiento y el sueño, así como el empleo de otro tipo de sustancias ya sean legales o ilegales como estimulantes para promover la concentración, inhibir el sueño y resistir las jornadas de la residencia. La combinación e interacción de estas sustancias es común para potenciar los efectos estimulantes que se buscan.

Yo no fumo ni bebo, pero sí he visto que varios de mis compañeros de otros años de la residencia que tienden a fumar y a beber mucho, y probablemente usen esas herramientas para lidiar con el estrés y la ansiedad durante la residencia. (Irma, R1, 25/11/2018).

Cuando llegué acá, sí comencé a consumir alcohol porque traía una fuerte depresión entonces lo hacía para evadirme y también socializar. La verdad, sí tomaba mucho alcohol, incluso tuve un episodio donde olvidé por completo la noche, pero me asustó tanto que no volví a tomar y mi novio me ayudó a salir de esa etapa. También fumé mucho durante ese tiempo en donde bebí mucho pero ahora ya lo tengo más controlado. (Karla, R2, 31/10/2018).

En julio se me antojo probar el cigarro, y eso que soy anti-cigarro. Cuando estaba con unos colegas que fuman aquí, un amigo me dijo: "si tienes dos ingresos, tómate un café, fúmate un cigarro" y platicame cómo te fue. La verdad sí me ayudó a quitarme la ansiedad, a concentrarme, me sentía lúcido y energizado y, no me dio hambre, entonces me ayudó, pero sé que es pésimo para la salud. (Juan Pablo, R2, 21/10/2018).

En cuanto al consumo de alcohol, los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría consideraron que los viernes en particular se incrementa su ingesta, y fue asociado por los mismos residentes, con una mayor predisposición a abandonar la residencia. Por otro lado, la mayoría de los residentes aceptó que en la especialidad de Psiquiatría existe un alto consumo de sustancias ilegales, y que su uso se hace más frecuente durante la residencia, al utilizarlas para 'mantenerse funcionales' según los residentes consultados, aunque también argumentaron que se emplean de manera social y recreativa.

Acá la gente dice, es viernes y el cuerpo lo sabe y se van a tomar, yo en particular no lo hago porque no me gusta, y soy algo asocial, pero aquí luego hay casos de alcoholismo serio, muchos incluso por eso se salen de la especialidad. (Jorge, R4, 17/10/2018).

De repente bebo, pero casi ya no. Mi novio es alcohólico, entonces en apoyo a él, ya lo dejé. Y fumar, de repente lo dejo, pero luego se me antoja un cigarro porque me da mucha ansiedad y el fumar me lo quita. Antes también fumaba marihuana, pero fue algo recreativo nada más. (Paulina, R3,10/09/2018).

Yo no fumo, aunque sí me gusta tomarme una cerveza de repente. En Psiquiatría sí hay muchas drogas ilícitas como marihuana y psicoactivos, éxtasis, LSD, muchos las utilizan para relajarse o, al contrario, para distraerse, mantenerse activos y funcionales, pero también lo hacen de manera social, y no es diario. Conductas de riesgo sí ha habido, por abuso de sustancias y adicciones hay muchos que entrando en la residencia extrapolan lo que ya traían, mayor consumo de alcohol, cigarro o bien otras drogas. (Marlene, R3, 19/10/2018).

4.6 AUTOMEDICACIÓN CON PSICOFÁRMACOS

Durante la especialidad de Psiquiatría, los médicos/cas residentes refirieron que, al ir adquiriendo conocimiento sobre psicofármacos y sus efectos sobre la mente humana, ante cuadros propios de ansiedad, depresión o estrés recurren al autodiagnóstico y a la automedicación mediante el uso de psicofármacos. Sin embargo, esto no solamente sucede como tratamiento paliativo para disminuir los signos y síntomas de la ansiedad o la depresión, sino que el uso de psicofármacos también se utiliza para potenciar algunas características como aumentar la capacidad de concentración, disminuir el sueño, aumentar el tiempo en vigilia, con el objetivo de ser funcional y poder rendir ante las exigencias de la vida en la residencia.

Lo que sí hay en Psiquiatría es automedicación de medicamentos controlados, y han existido muchos problemas con eso. Por ejemplo, yo tenía un residente más grande (R3) que para dormir usaba benzodiacepinas, y para despertar y activarse para lidiar con la residencia, metilfenidato. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Yo lo que sí llegué a usar es el modiodal, modafinilo que es de venta libre (risas), pero la verdad sí fue necesaria, porque pasé una depresión muy fea y es lo que necesitaba para venir y cumplir en la residencia. (Paulina, R3,10/09/2018).

Es hasta cierto punto normal la automedicación, porque a final de cuentas estás trabajando con medicamentos. Y, si estás pasando por un cuadro depresivo o ansioso por ciertos criterios, y crees que te puedes beneficiar de los conocimientos adquiridos, ¿por qué no hacerlo? (Miriam, R2, 14/12/2018).

Los médicos/cas residentes consultados, si bien mencionaron que tanto el autodiagnóstico como la automedicación son prácticas lógicas derivado del

conocimiento biomédico que han ido adquiriendo durante su formación como médicos especialistas, muchos coinciden en la existencia del riesgo de desarrollar un exceso de confianza no solo en el conocimiento que tienen, sino sobre todo en sus decisiones para alternar, quitar, poner o reducir los medicamentos prescritos de manera eficiente cuando ellos se auto-atenden. De esta manera, varios coinciden en decir que, ante un problema de salud mental, los psicofármacos son solo una parte del tratamiento y que lo recomendable es complementar la atención mediante la asistencia a psicoterapia.

Los psicofármacos muy pocos médicos conocen como funcionan, entonces el conocimiento sobre los mismos te da más confianza para tomarlos. Algunos dicen, estoy prescribiendo esto a mi paciente, entonces lo tomo y creo que todos creemos que es fácil controlarlo porque nosotros sabemos cómo quitar y poner medicamentos, pero a muchos se les sale de las manos cuando nos tratamos a nosotros mismos. (Marlene, R3, 19/10/2018).

La mayoría de mis compañeros de otros años que comenzaron con antidepresivos, se auto-prescriben fármacos con demasiada confianza. Pienso que quizá puedas dominar los fármacos como psiquiatra, pero nada garantiza que sepas controlarlos en dosis y frecuencia cuando es para ti mismo. Además, una depresión por ejemplo no se trata solo con medicamentos. (Nadia, R1, 12/11/2018).

Otro aspecto relevante, es que el autodiagnóstico y la automedicación han sido naturalizados dentro del gremio, como parte de la misma cultura médica que promueve valores como la resistencia y la productividad. De tal suerte, varios de los residentes consultados mencionaron que no sólo se auto-diagnostican o auto-medican dentro de la especialidad de Psiquiatría, sino que su conocimiento sobre psicofármacos promueve la búsqueda de atención de colegas médicos de otras especialidades durante la residencia como sucede con los neurólogos. Según los residentes consultados, los neurólogos buscan de manera frecuente a los residentes de Psiquiatría de segundo año en adelante para atender cuadros de ansiedad o depresión, pero los propios residentes de Psiquiatría dicen que no mejoran lo esperado, debido a que los residentes de Neurología nunca asisten a psicoterapia.

Yo creo que muchos no sabemos nuestras limitaciones como médicos y más los que somos de Psiquiatría. Yo veo mucho que los de Neurología nos buscan mucho a nosotros los de Psiquiatría, para que les ayudemos con algún fármaco para la ansiedad, la depresión, pero no mejoran como deberían porque nunca va a psicoterapia. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Los tipos de psicofármacos más empleados por los médicos/cas residentes consultados son medicamentos no controlados como los antipsicóticos y

antidepresivos (benzodicepinas) así como algunos medicamentos ansiolíticos (fármacos controlados¹⁹) o bien, algunos psicofármacos derivados de las anfetaminas empleados en el tratamiento de padecimientos como la narcolepsia²⁰ (modiodal, modiofinilo). En el caso de estos últimos, los médicos/cas residentes mencionaron que los emplean como estimulantes para inhibir el sueño y poder concentrarse en las actividades que desempeñan en la residencia.

Es algo relativamente común el automedicarse, pero no creo que sea lo más adecuado. Yo incurrí en la automedicación previo a un examen, tomé modiodal, modiofinilo, es un medicamento que interrumpe el sueño, es como un estimulante, pero no es anfetamina y se utiliza en la narcolepsia y fue la primera vez que tomé un medicamento sin diagnóstico. Fue uno de mis compañeros²¹ que me recomendó el fármaco. (Mariana, R1, 01/10/2018).

Los laboratorios que vienen no nos dan medicamentos controlados, pero sí antipsicóticos y antidepresivos, y pues los puedes usar para dormir, pero, por ejemplo, yo que tomo antidepresivos pues qué mejor. (risas). Aunque intento que sea del mismo laboratorio. (Miriam, R2, 27/10/2018).

Hay muchos residentes que aquí se autodiagnostican que tienen déficit de atención y toman metilfenidato, es un derivado de anfetamina para concentrarse. Creen tener el conocimiento para autodiagnosticarse y lo consumen más de los que deberían. Aquí se hacen sus recetas la verdad, es parte de la cultura, es algo muy habitual. Luego pasan y dicen, “me haces una receta de Ritalín”, y contestan sí, “¿cuántas cajas? (Paulina, R3,10/09/2018).

Los psicofármacos no controlados son de fácil acceso para los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría al tenerlos disponibles gracias a las muestras que otorgan los laboratorios en el mismo INNN. Derivado de lo anterior, los médicos/cas residentes consultados tienden a incorporar, cambiar o prescindir de los psicofármacos acorde a la disponibilidad de los mismos, siendo difícil la misma adherencia a un tipo específico de psicofármaco y/o laboratorio; con esto me

¹⁹ Medicamento u otra sustancia que es sumamente controlada por el gobierno porque se puede abusar de ellas o causar adicción. El control se aplica en la manera en que se elabora la sustancia, se usa, se manipula, se almacena o se distribuye. Las sustancias controladas incluyen opioides, estimulantes, depresores, alucinógenos y esteroides anabolizantes. Las sustancias controladas con el uso médico conocido, como morfina, Valium y Ritalin, están disponibles solo por receta médica de un profesional médico autorizado. Información obtenida del Instituto Nacional de Cáncer del NIH retomada a través de: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/sustancia-controlada> última visita el 13 de mayo de 2019.

²⁰ La narcolepsia es un trastorno del sueño, de carácter crónico y de origen neurológico con alteración de la regulación y caracterizada por excesiva somnolencia diurna y manifestaciones anormales del sueño REM. Información retomada a través de: <http://asencarco.es/narcolepsia/> última visita el 13 de mayo de 2019.

²¹ La entrevistada se refería a médicos/cas residentes de grados superiores a ella en el momento del acontecimiento.

refiero a utilizar el mismo psicofármaco de manera regular y apegado a la normatividad biomédica. El tratamiento psiquiátrico vía el uso de psicofármacos es reconocido como de alto costo por los propios médicos/cas residentes consultados, por lo que para ellos, la auto-medicación es concebida como una práctica de ahorro en función de su propia situación económica, pues la mayoría de los residentes consultados mencionaron que sus ingresos dependen de la beca que reciben y que además, les parece insuficiente para cubrir sus gastos. En caso de no obtener los psicofármacos deseados mediante las muestras de laboratorio, los médicos/cas residentes pueden prescribirse entre ellos, un gran número de medicamentos controlados ya que cuentan con la cédula profesional como médicos generales. El costo de algunos psicofármacos controlados de uso frecuente en la residencia de Psiquiatría como lo es el Ritalín (metilfenidato) oscila entre los \$400 y los \$450 pesos en el mercado mexicano. Por el fácil acceso a los psicofármacos no controlados vía muestras de laboratorio, o controlados vía receta, es muy frecuente que los residentes de Psiquiatría utilicen psicofármacos sin un diagnóstico formal, es decir, emitido por otro profesional del ámbito psiquiátrico. Lo anterior tampoco permite en los médicos/cas residentes consultados, la adherencia a un tratamiento, es decir, a establecer el apego a una dosis y regularidad acorde a la normatividad y estándares de esa Psiquiatría biomédica, situación que ellos mismos dijeron, no repetirían con sus propios pacientes.

Luego recurrimos a muestras de laboratorio por cuestiones económicas porque sabemos que un tratamiento psiquiátrico es caro, entonces muchos de nosotros buscamos nuestros medicamentos aquí mismo. Luego no hay duloxetine, y entonces buscamos otra cosa, cosa que jamás se lo recomendaríamos a nuestros pacientes. Creo que existe un exceso de confianza, creemos que no nos pasará nada. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Los medicamentos que más consumimos aquí en la residencia de Psiquiatría no son controlados, ninguno de los antidepresivos lo son, solo los ansiolíticos que son de acción rápida son controlados y es ahí donde generalmente se abusa por parte de los residentes porque tenemos recetarios, viene con el sello del hospital y por tanto todos tenemos alcance a ello porque todos tenemos cédula de médico general y en el recetario viene el sello del hospital. (Miriam, R2, 27/10/2018).

Si bien los médicos/cas residentes entrevistados consideran que el incorporar los conocimientos biomédicos en torno al uso de psicofármacos es un recurso valioso para cuidar su propia salud mental, los mismos residentes también aceptan el riesgo en el que incurren al auto-diagnosticarse y auto-med icarse ya que conlleva la

posibilidad de perder el control de su uso, y por tanto, empeorar el cuadro. Este hecho fue mencionado en reiteradas ocasiones por los residentes entrevistados quienes mencionaron haber conocido a algún otro residente del instituto que perdió el control del uso de psicofármacos, es decir, ponía, quitaba, cambiaba y mezclaba psicofármacos sin apegarse a la normatividad del uso de psicofármacos acorde a los estándares de la Psiquiatría biomédica. Según comentaron los propios residentes, esta situación no solo no resolvió el problema de salud mental que buscaba tratar el sujeto, sino que inclusive empeoró el cuadro, su comportamiento se tornó agresivo y transgresor, dejó de cumplir con sus responsabilidades de la especialidad, y finalmente tuvo que ser dado de baja.

Teníamos un residente del tercer año que tenía acusaciones de abuso sexual, pero además tuvo un problema serio de alcoholismo y abuso de sustancias y medicamentos controlados. Como era muy inteligente compensaba porque se tomaba un benzodicepina por las noches para dormir y en la mañana algún estimulante para despertar, pero conforme pasaron los días, empezó a disfuncionar, ya llegaba tarde a clases o llegaba a algunas guardias alcoholizado por lo que tuvieron que darlo de baja. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Me tocó ver a un compañero de Psiquiatría de R3 que se hacía todos los cambios de psicofármacos, tomaba muchos medicamentos, se desesperaba y los cambiaba, con eso lo único que haces que el cuadro sea peor y limitas el tratamiento. (Nadia, R1, 12/11/2018).

Para los supervisores de los médicos/residentes, la automedicación es un problema habitual entre los residentes que conlleva determinados riesgos, ya que, al incorporar el conocimiento y aprendizaje de la especialidad a la práctica, saben identificar problemas de salud mental no sólo en pacientes sino en ellos mismos, por lo que difícilmente acuden con otros especialistas de la salud mental. Acorde a la voz de los propios supervisores, ellos exhortan a los residentes de Psiquiatría a buscar ayuda profesional de un especialista y evitar el autodiagnóstico y la automedicación. Los supervisores coincidieron en que la automedicación no es lo ideal, y reconocieron que habitualmente entre los residentes de Psiquiatría, el objetivo principal de la automedicación, no se centra en resolver el problema de salud mental, sino que el fin persigue el interés de mantenerse en la residencia, rendir y cumplir con las expectativas de la especialidad.

Siempre existe el riesgo de la automedicación porque los residentes saben identificar la patología y entonces se automedican. No es controlable la automedicación, pero promovemos con ellos continuamente, que, si se siente mal, en lugar de autodiagnosticarse y automedicarse, que asista con algún especialista. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

No es lo ideal la automedicación, pero quizá un R4 puede ayudar a su compañero neurólogo, por ejemplo, pero el fin en sí, es resistir la residencia, y no tanto para solucionar el problema de raíz. La mentalidad es ser funcional y seguir adelante y está en la cultura y en la Facultad de Medicina desde el primer día. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

4.7 BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PROFESIONAL Y PSICOTERAPIA

Por otro lado, la búsqueda de atención profesional en salud mental por los médicos/cas residentes consultados no es frecuente, a pesar de que muchos de ellos muestran a nivel discursivo un interés en el tema de asistir a psicoterapia y una preocupación por no poder acudir derivado de dos factores enunciados por ellos mismos: la escasez de tiempo y el dinero. Además, para muchos de ellos, la exposición a los casos de los pacientes, y las tensiones de la especialidad son agotadoras, por lo que ellos mismos reafirmaron su preocupación por atender su propia salud mental acudiendo a psicoterapia. Sin embargo, muchos residentes coincidieron en decir que dentro del gremio existen complejos de superioridad o narcisismo al pensar que a ellos nada les va a pasar por el simple hecho de ser médico, y varios de ellos sostuvieron que esto es un error habitual que impide el poder solicitar ayuda a tiempo cuando se presenta un trastorno en su salud mental.

El estar expuesto a pacientes con problemas a diario, es todo un reto por lo que acudir a terapia es básico. La verdad también depende de qué tan dispuesto está uno para poder ir, porque luego estamos al punto del colapso, se nos dice, atiéndete, ve a psicoterapia, pero somos narcisos, creemos que nada nos va a pasar, y podemos tardar mucho en ir, incluso meses o de plano no ir. (Irma R1, 25/11/2018).

La Psicoterapia es un gasto extra, y el residente no tiene a veces la posibilidad económica o de tiempo. Tenemos guardias y el tiempo muy limitado, o duermes o vas a terapia, por ejemplo, pero sí creo que todos deberíamos de acudir. (Miriam, R2, 14/12/2018).

Para varios de los médicos/cas residentes entrevistados, incluso les sorprendió que en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía no se exigiera o al menos, se promoviera de manera más puntual el acudir a psicoterapia durante la formación como psiquiatras. Según mencionaron ellos mismos, en otros institutos y hospitales donde se imparte la especialidad de Psiquiatría, sí es parte de la formación del residente, el acudir a psicoterapia de manera obligatoria para poder lidiar con la exposición a casos de pacientes complejos, y a las tensiones de la misma especialidad psiquiátrica. Bajo este tenor, para varios de los médicos/cas residentes consultados, el acudir a psicoterapia no debería de ser solo una sugerencia, sino un

derecho y muchos entrevistados consideraron que el instituto no se ha preocupado lo suficiente por impulsar la necesidad de asistir a psicoterapia durante la especialidad.

Es bien importante que todos tengamos psicoterapeuta fuera de esta institución, pero no todos tenemos. A mí se me hizo curioso que al menos en esta sede, no te ofrecieran un psicólogo o psiquiatra, lo digo porque en otras sedes era obligatorio tener un psicoterapeuta que te esté dando seguimiento para que no te ahogues por escuchar a los demás. (Luisa, R3, 11/10/2018).

Yo creo que la psicoterapia es algo necesario. Creo que es un derecho que debería de ofrecer el instituto por sus residentes, pero pienso que la gente que tiene un puesto de jerarquía aquí no han tenido la iniciativa para impulsar la psicoterapia. Por otro lado, yo creo que también es en parte nuestra culpa, es algo conjunto, ya que, si no pedimos ayuda, quizá por eso tampoco reaccionan las personas que están a cargo. (Marlene, R3, 19/10/2018).

En las respuestas de los residentes consultados, también existe la autocrítica al asumir que ellos mismos como residentes, tampoco se han preocupado lo suficiente por intentar acudir a psicoterapia y por atenderse con otros profesionales de la salud mental. Algunos atribuían este hecho al estigma sobre la salud mental, pues varios residentes comentaron que tienen miedo de ser percibidos como débiles e incapaces para afrontar las exigencias de la formación como especialistas en Psiquiatría. Otra de las razones nombradas para no acudir a psicoterapia, se vinculó con el alto costo de la misma, lo cual según los residentes se puede convertir inclusive en el pretexto para no realizar esta búsqueda de atención. Según los propios residentes consultados, sólo cuando 'tocan fondo' buscan ayuda y se acercan a otros profesionales de la salud mental. Esta situación se presenta cuando alguien más les dice que los ven mal, o cuando los propios residentes sienten que ya no pueden controlar el problema por sí mismos.

El ser psiquiatra es muy agotador, por lo que es necesaria la psicoterapia para descargar la exposición al paciente, el problema es que luego somos pocos los que buscamos ayuda, yo creo que por el propio estigma de que nos vean débiles o incapaces de continuar en la especialidad. Pienso que el instituto debería de ofrecer el servicio de psicoterapia porque también es caro y eso es uno de los pretextos para no ir. Algunos ya lo toman más en serio, pero en general aquí decimos, ¿para qué si no estoy mal? (Paulina, R3, 10/09/2018).

Luego estamos esperando tocar fondo, que otros nos digan que estamos mal o sentir que ya no podemos lidiar con el problema para pedir ayuda y entonces sí, ir a psicoterapia. Mientras, en todo ese tiempo solo estamos negando el problema porque no estamos funcionando adecuadamente ni como psiquiatras ni como personas. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Si bien algunos residentes consultados, sí han acudido a psicoterapia en el pasado y algunos otros, aún asisten de manera regular; la realidad es que la mayoría de ellos no asiste a ningún tipo de psicoterapia. Acorde las propias palabras de los residentes, estos reconocen que el actual director de Psiquiatría del INNN los ha exhortado a acudir a psicoterapia, sin embargo, muchos coinciden que no tendría que ser solo una sugerencia sino un proyecto más formal para beneficio de todos, sin llegar a ser obligatorio. E incluso los residentes consultados, propusieron que una alternativa benéfica podría ser el realizar convenios con otras instituciones avocadas a la salud mental.

Algunos residentes van a psicoterapia, pero la mayoría no. Nuestro actual director insiste en que tomemos psicoterapia, pero no está formalizado eso sí, y si está formalizado es obligatorio y entonces no sirve. Lo cierto es que en otros hospitales psiquiátricos es obligatorio, pero aquí solo se recomienda. (Jorge, R4,17/10/2018).

Sí llegué a ir a psicoterapia, pero la verdad lo dejé por falta de dinero y tiempo porque me ponía un estrés adicional. Yo creo que debería de ser un requerimiento para los estudiantes de Psiquiatría el ir a psicoterapia, porque yo creo que ninguno de nosotros está en contra, pero sí por falta de dinero, de tiempo no vamos, entonces sí sería útil o hacer algún nexo con el Ramón de la Fuente para intercambiarnos o encontrar alguna forma de traernos psicoterapeutas con algún descuento o recomendaciones, pero creo que sería una buena prestación. (Marlene, R3, 19/10/2018).

Finalmente, los supervisores de los médicos/cas consultados, declararon que es indispensable el que los residentes de la especialidad en Psiquiatría acudan a psicoterapia desde el inicio de la residencia por el bien de su salud y su funcionamiento profesional. Acorde a sus respuestas, ellos dijeron que sólo pueden sugerir a los médicos/cas residentes el acudir a terapia porque la psicoterapia no puede ser obligatoria ya que no existen los recursos económicos para ofrecerlo vía institucional. Además, para los supervisores, el enfoque psicoanalítico psicodinámico es el ideal para la psicoterapia de un profesional de la salud. Aunado a lo anterior, para los supervisores consultados, el acudir a psicoterapia también les podría permitir a los médicos/cas residentes, el comprender de mejor manera las asignaturas que llevan, los fundamentos y su propia práctica médica dentro del instituto.

Nosotros insistimos a los residentes que es muy importante para su salud y para su funcionamiento profesional el que vayan a psicoterapia individual desde el comienzo de la residencia, pero no puede ser obligatoria porque la institución no lo proporciona, y no lo hace

porque no existen los recursos. La orientación psicoanalítica psicodinámica es la más adecuada para un profesional de la salud. (Arturo, SUP, 20/11/2018).

No se les puede exigir porque no lo costea el instituto, se les recomienda, pero no se les puede exigir. Quizá en otros países con más recursos, sí se les brinde psicoterapia a los estudiantes, pero el problema pasa más bien por los recursos. Lo que sí pienso, es que, si tú no vas a psicoterapia, no vas a entender las clases y fundamentos que se enseñan aquí. (Angélica, SUP, 05/12/2018).

4.8 CONCLUSIONES DEL CAPÍTULO IV

En el presente capítulo se explicaron las estrategias y prácticas más habituales llevadas a cabo por los médicos/cas residentes consultados en función de cómo auto-atienden su salud mental durante la especialidad en Psiquiatría.

En primera instancia, es oportuno puntualizar que la autoatención bajo la definición de Eduardo Menéndez, incluye a:

“...las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma”. (Menéndez, 2005: 54).

Bajo esta última definición, los médicos/cas residentes, al cuidarse de sí mismos no podrían auto-atenderse, pues finalmente son curadores profesionales. No obstante, la definición de Menéndez hace referencia la intervención central, directa e intencional de curadores de manera externa, es decir, hacia un otro y en este caso es hacia sí mismos. En este caso observamos que, en diversas ocasiones, como sucede con otros grupos sociales, los médicos/cas residentes consultados utilizan el conocimiento biomédico solo como referencia para atender su propia salud mental, más no siguen el paradigma de la Psiquiatría biomédica con la que, por ejemplo, atienden a sus propios pacientes. De esta manera, podemos comprender que cuando los residentes se atienden a sí mismos, en primera instancia, no lo hacen como agentes externos, y, en segundo lugar, tampoco se rigen enteramente bajo los mismos parámetros de atención biomédica que sí utilizan con sus propios pacientes. Por ejemplo, en el caso de la auto-medicación vía psicofármacos, me refiero a experimentar con distintos tipos de medicamentos y laboratorios sin un

diagnóstico formal establecido, no adherirse a las dosis y frecuencia recomendadas, y a pasar por alto las precauciones en la interacción entre fármacos. Como he dicho antes, cuando se atienden a sí mismos, los médicos/cas residentes de Psiquiatría, sí lo hacen bajo referencias biomédicas pero que ajustan, cambian y moldean, transgrediendo el paradigma biomédico que utilizan para atender a sus propios pacientes. Esta forma relativamente autónoma de tratarse, hace que los médicos, a pesar de su trayectoria profesional, también pueden adoptar un rol como no curadores, y por tanto auto-atenderse como cualquier otro grupo social.

Como ocurrió con las representaciones sociales de los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría sobre su salud mental, las prácticas empleadas se centran mucho más en preservar la salud de manera funcional; es decir, la salud significada como el mantenimiento del ritmo, la productividad y el rendimiento académico-laboral durante la etapa de la residencia médica. Es decir, la autoatención empleada por los residentes de Psiquiatría se enfoca exclusivamente en controlar o mitigar cierta sintomatología de manera que no impida la ejecución de sus actividades diarias y perjudique su rendimiento durante el tránsito por la residencia médica. Aunado a esto, muchas de las prácticas de autoatención, específicamente la auto-medicación, se utiliza para potenciar la productividad y la resistencia física y mental durante la especialidad. Recordar que la automedicación acorde a Eduardo Menéndez “son sustancias y acciones que no sólo posibilitarían salir de la angustia, de la depresión o del dolor, sino que permitirían ciertos rendimientos y goces”. (Menéndez, 2005: 60).

En el caso de la automedicación, los residentes consultados refirieron utilizar primordialmente psicofármacos no controlados como antidepresivos para tratar la ansiedad y la depresión (benzodiacepinas), así como psicofármacos destinados al tratamiento de la narcolepsia como estimulantes para inhibir el sueño y resistir las jornadas académico-laborales de la residencia. Además, dichos psicofármacos habitualmente no son comprados por los propios residentes, sino que son obtenidos a través de las muestras gratuitas que otorgan los laboratorios. Para otro tipo de psicofármacos como ansiolíticos de efecto rápido, los médicos/cas residentes

consultados mencionaron utilizar recetas expedidas por ellos mismos u otros colegas residentes de la especialidad en Psiquiatría.

Inscritos en una cultura organizacional biomédica²² que busca como la propia sociedad contemporánea, el intentar intervenir todo conflicto de manera rápida aunque no se resuelva de fondo, “toda institución es un reflejo de la sociedad en la que se inscribe y está articulada, en su funcionamiento y constitución, con sus procesos sociales y políticos”. (Muñoz, 2014:316), los médicos/cas residentes consultados priorizan la medicalización para intentar contener un problema de salud mental o bien para potenciar su productividad durante la residencia. Así, la estrategia más utilizada y en muchos casos la única, pasa por el consumo de psicofármacos pero sin adherirse a la normatividad de consumo de la misma Psiquiatría biomédica. Esta visión demuestra que el modelo de explicación (EM)²³ de los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría, cursa muchas veces en favor de promover la contención o mediación del problema de salud mental de manera casi inmediata, con el objetivo medular de preservar la funcionalidad, incrementar la resistencia y la productividad académico-laboral durante su formación como especialistas. Durante la residencia, el objetivo no es atender y resolver el trastorno de su salud mental de fondo, muchas veces debido a factores estructurales ya mencionados como el no contar con suficientes recursos económicos y de tiempo.

A pesar de que los médicos/cas residentes consultados, priorizan el consumo de psicofármacos para tratar su salud mental o potenciar su resistencia frente a las tensiones y adversidades de la especialidad, ellos también refirieron utilizar otro tipo de estrategias y prácticas para velar por su salud mental. Una de las estrategias y prácticas más habituales de los residentes, es el apoyarse en sus redes sociales para distraerse de las tensiones de la especialidad. Otro ejemplo es intercambiar

²² “Serie de dimensiones socioculturales, simbólicas y materiales en las que las representaciones sociales, los discursos y las prácticas de los actores están ordenadas, e institucionalizadas, por las pautas y expectativas de conducta que las condiciones de la praxis en el campo social ponen en juego”. (Muñoz, 2014:316).

²³ “Los modelos explicativos (EM) son las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico”. (Kleinman, 1980: 105).

durante las guardias, regalos alimenticios como café, chocolates y galletas que fungen como símbolos de empatía y solidaridad entre ellos. O bien, como dijeron algunos residentes, estos mismos regalos pueden servir como expiación de culpas cuando se sienten culpables de haber delegado muchas tareas a residentes de grados inferiores. Los médicos/cas residentes consultados también refirieron llevar a cabo otro tipo de estrategias y prácticas de autoatención como la lectura de temas ajenos a la Psiquiatría, ejercitarse mediante la asistencia a gimnasios, el baile, y el seguimiento de contenido audiovisual en plataformas como YouTube y Netflix, así como la asistencia al cine. Otra práctica que emplean los residentes consultados, es la incorporación de sustancias que pueden provocar adicción como lo son el consumo de alcohol, tabaco y otro tipo de drogas, que son empleados por los médicos/cas residentes como estimulantes para promover una mejor concentración, disipar la ansiedad e inhibir el sueño con el fin nuevamente, de mantenerse despiertos, funcionales y productivos en la residencia. Nuevamente, para Menéndez, la autoatención “no refiere sólo a la intervención sobre los padeceres, sino también deben ser referida a la aplicación de tratamientos, al consumo de sustancias o a la realización de actividades que, según los que las usan, posibilitarían un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral” (Menéndez, 2005: 60).

Otra práctica habitual que ayuda a la conservación de la salud mental, según los propios residentes consultados, es el sentido del humor, el cual desarrollan para hacer frente a la dificultad de estar expuestos a pacientes con casos complejos y desgastantes; a veces naturalizando la patología al reírse de la expresión de algunos síntomas en los pacientes. Esto, refieren no hacerlo frente al paciente o la familia del mismo, pero sostienen que el humor entre residentes, les permite lidiar con la exposición a los casos, la carga transferencial, el entorno de la especialidad y la frustración de no poder en ocasiones, ayudar de mejor forma a los pacientes.

Cabe destacar que, en el caso de la automedicación, esta práctica se relaciona con el hecho de que los médicos/cas residentes consultados refirieron aceptar tener sintomatología y/o trastornos de salud mental como la ansiedad y la depresión; no

obstante, la mayoría de estos mismos residentes, es incapaz de aceptar tanto el rol de enfermo como el rol de paciente. Cuando hablo de roles para mí son, retomando a Bourdieu (1997) la posición que adoptan los sujetos respecto a determinado habitus en un campo social específico, en este caso la residencia médica. En este caso, Para los médicos/cas residentes consultados, una de las razones para no atender su salud mental por medio de la intervención de otros profesionales, (rol de paciente) es derivado de la confianza que existe en ellos mismos y en su propio conocimiento biomédico, así como por el temor al estigma profesional de tener una salud mental deteriorada, asociado a adjetivos como debilidad, mediocridad, vulnerabilidad e incapacidad para afrontar la especialidad. Muchos de los residentes consultados, utilizan sus propios conocimientos psiquiátricos para auto-diagnosticarse y auto-medicarse, pero sin adherirse a los protocolos biomédicos sobre el consumo de psicofármacos; situación que ellos mismos dicen, no replicarían con sus propios pacientes. Ya Mingote, et al (2013) hablaban sobre la tendencia de los médicos a evitar del rol de enfermo, concepto que yo desgloso y amplío con la existencia del rol de paciente. Esto sucede cuando el médico no solo no acepta su rol como enfermo, (es decir, no asumir el costo funcional de tener que dejar de asumir otros roles y actividades de la vida diaria), y/o bien cuando se niega el rol de paciente, (no atender su salud con apoyo de otros profesionales de la salud, decidiendo, por ejemplo, autodiagnosticarse, auto-prescribirse y automedicarse).

“Igualmente, en el médico enfermo es muy frecuente la evitación del rol del enfermo, a través del autodiagnóstico, la autoprescripción, el conseguir consultas "informales" e infrecuentes, y la asunción del estado de "VIP", como si fuese incompatible el rol del enfermo con el rol del médico. (Mingote, et al, 2013: 189).

Varios de los residentes consultados, también afirmaron que, si bien la automedicación puede ser perjudicial porque en ocasiones puede salirse de control, también es cierto que la ven con mucha naturalidad ya que culturalmente dentro de la especialidad se ha normalizado y promovido, constituyéndose entonces en un habitus. Recordemos que el habitus según Bordieu es un “sistema de disposiciones adquiridas por aprendizaje y producto de la experiencia biográfica. El habitus se constituye en estructuras y esquemas mentales que llevan a que las personas tengan determinadas prácticas y gustos”. (Bordieu en Alvarez Sousa, 1996:152).

El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir prácticas y estilos de vida parecidos como sucede en el caso de la auto-medicación vía psicofármacos.

Este habitus de la auto-medicación, también aparece derivado de la cultura psiquiátrica contemporánea que desde la década de los 80' del siglo pasado, y con la intención de adquirir mayor credibilidad frente a la biomedicina, ha dado mayor peso al empleo de psicofármacos que a técnicas como la psicodinamia para comprender y tratar malestares y trastornos en salud mental.

A partir de 1980, la terapia psicofarmacológica se convirtió en el principal tratamiento psiquiátrico, no solo en Estados Unidos, pero en la mayoría de los países occidentales. La Psiquiatría se integró al territorio de la biomedicina, adoptando nociones alopáticas de monocausalidad, la definición biológica de la enfermedad (*disease*), la universalidad de los síntomas, la neutralidad de la práctica y la visión de los síntomas como manifestaciones de una patología orgánica. (Martínez-Hernández, 2000: 35).

Por tanto, el incorporar la automedicación como principal forma de autoatención en los médicos/cas residentes consultados, es expresión del interés de la misma Psiquiatría contemporánea por adquirir un estatus biomédico mediante la psicofarmacología. Para Robins & Heltzer (1986), la óptica de la Psiquiatría contemporánea se ha decantado a pensar los trastornos mentales como enfermedades físicas, y sus síntomas solo como expresiones de anomalías orgánicas. Por lo anterior, durante la formación psiquiátrica como especialidad, los residentes reciben una escasa y subalternizada formación psicodinámica, entendida como la incorporación de algunas técnicas y conceptos psicoanalíticos a la práctica psiquiátrica. De esta manera, y como ya hemos visto antes, se le da prioridad a la concepción orgánica de las enfermedades mentales y se secundariza el papel del contexto socio-cultural que rodea a los sujetos; y por tanto, se le ha dado mayor apertura a la medicación. De esta manera, y como dicen Fridlenderis, y Levy, “la medicación calma síntomas, previene recaídas, mejora la sobrevida; sin embargo, por sí misma no rehistorifica a la persona.” (Fridlenderis & Levy, 2004:51). Es aquí donde coincido con ellos cuando insisten en la necesidad de ampliar la formación psiquiátrica más allá de una concepción organicista de la salud mental e incorporar más el uso de fundamentos psicodinámicos que permitan ampliar el abordaje

psiquiátrico para que se le otorgue mayor peso los contextos sociales, culturales y familiares de la persona, así como a su propia historia de vida. Además, los autores Fridlenderis y Levy (2004) instan a investigar más sobre la interacción entre la farmacoterapia y la psicoterapia, derivado de que muchos estudios, sobre todo enfocados a la depresión, han demostrado que la combinación de psicofármacos y psicoterapia es más efectiva en conjunto que ambas modalidades por separado Keller M, et al, (2000). Aunado a esto, Fridlenderis y Levy (2004) retoman a Gabbard (2001) para apuntar hacia la necesidad de incorporar esta discusión sobre la combinación de modalidades durante la formación de los próximos psiquiatras: “Gabbard considera importante la investigación sobre la efectividad de combinar modalidades y su aplicación correcta en la práctica clínica, así como la enseñanza de esta forma de configurar el tratamiento desde la formación del posgrado”. (Fridlenderis, & Levy, 2004: 52).

El alejamiento de los conocimientos psicodinámicos en la formación de los psiquiatras, se percibe al momento en el que detectan un problema en su propia salud mental. Los residentes consultados (salvo algunas excepciones), no acuden a psicoterapia, aun a pesar de ser una recomendación de las mismas autoridades de la especialidad para atender su salud mental. Esto último prevalece, a pesar de que, a nivel discursivo, los propios médicos/cas residentes consultados, expusieron su preocupación, interés y necesidad de acudir a psicoterapia, aseverando que la exposición a los casos de los pacientes atendidos y el mismo entorno de la especialidad, generan un impacto en su propia salud mental. Para Martínez-Hernández (2000) y Jackson (1992) la Psiquiatría ha abandonado el interés en otros acercamientos de diagnóstico y tratamiento como el aspecto psicodinámico, al darle prioridad a la psicofarmacología y al uso de otros avances tecnológicos, lo que me parece, contribuye en que los médicos/cas residentes perciban a la psicoterapia como menos seria y menos eficaz en comparación con el empleo de psicofármacos. “En contraste a estos espectaculares “avances”, las tendencias psicosociales y psicológicas que basaron su práctica en la atenta escucha al paciente, la empatía y

el significado de los síntomas, han sido relegadas al fondo. (Jackson, (1992) en Martínez-Hernández, 2000: 133).

Aunado a lo anterior, los médicos/cas residentes consultados no cumplen con el rol de enfermo, ya que si bien a nivel discursivo aceptaron tener trastornos en su salud mental, y/o la existencia de algunos síntomas e incluso, se han auto-diagnosticado nosologías como ansiedad y depresión; en la praxis, distan de cumplir un rol de enfermo. Recordemos que el rol del enfermo entendido desde Parsons, “supone la exención de las obligaciones sociales asociadas a otros roles” (Martínez-Hernández, 2008:133). Para Martínez-Hernández quien retoma a Parsons (1961) para problematizar el rol del enfermo, el padecer una enfermedad “se trata de una condición de anomalía o de desviación que pone al actor en dependencia, e incapacidad, y se permite al enfermo desatender otros roles en su vida familiar y laboral” (Martínez-Hernández, 2008: 133). Por esta razón, la auto-medicación permite en los residentes consultados atender el trastorno en su salud mental sin adherirse a un tratamiento específico a cargo de algún otro profesional, lo que, en su caso, representaría el consumo de determinados psicofármacos, bajo una dosis y frecuencia específicas. De darse esto último, para los médicos/cas residentes se correría el riesgo de modificar sus estrategias y prácticas de autoatención que ya se encuentran alineadas con sus tiempos y actividades diarias de la residencia, por lo que cualquier modificación podría en teoría, provocar la desatención y/o incumplimiento de sus responsabilidades en la residencia. Esta última razón contribuye a que los médicos/cas residentes consultados tampoco asuman el rol de paciente, al negarse a ser atendidos por algún otro profesional. Esta situación se presenta en el médico/ca residente por un complejo narcisista, miedo a exponerse y ser estigmatizados, y/o simplemente por evitar ajustarse a un tratamiento que no les permita cumplir con sus actividades y responsabilidades durante la especialidad, sobre todo por cuestiones de tiempo.

El habitus de la auto-medicación entre los residentes de Psiquiatría está consensuado y aprobado culturalmente como una manera precisa, rápida y eficaz para manejar el trastorno mental con la idea de evitar una disfunción en sus

actividades diarias. Sin embargo, la medicalización puede generar según Gutheil (1982) retomado por Fridlenderis, y Levy (2004) “la ilusión de precisión” al pensar la medicación como algo específico y exacto, donde la rápida administración de fármacos pasa por una expectativa de obtener resultados inmediatos. Esto último podría influir en que los médicos/cas residentes de Psiquiatría decidan no pensar sobre el origen multidimensional del sufrimiento o trastorno de su salud mental, y si lo hacen, asumir las contradicciones que implica reconocer el origen pero asumirlo como parte del costo formativo. Además, para Fridlenderis, y Levy (2004), el psiquiatra necesita del autoanálisis y la supervisión cuidadosa en el manejo de los psicofármacos, ya sea para iniciar, retirar o cambiar alguno con sus pacientes, y yo agregaría para sí mismos cuando se auto-medican. Para dichos autores, los sobrenombres adjudicados a los psicofármacos como “antidepresivo”, “antipánico”, “antidelirante”, “antimaníaco” podrían ser concebidos por los pacientes como si se opusieran a la enfermedad, y crear la sugestión de que resolverán el trastorno de raíz en lugar de pensar a los psicofármacos como reguladores de las sintomatologías. Con los residentes consultados, los psicofármacos sí son comprendidos como reguladores de las sintomatologías, pero justamente se puede incurrir en una sobre-medicación que los sugestione a pensar que con los psicofármacos es suficiente para atender el problema de salud mental. Esto a su vez, según Fridlenderis, y Levy (2004) podría favorecer la aparición de fenómenos como la negación y la represión de la causa del trastorno.

Aquí también retomo a Schutt (2002) quien esgrime frente a la necesidad de formar psiquiatras con una formación más integral o abarcadora, que les permita un abordaje distinto del paciente al comprender el beneficio de sumar el conocimiento psicoterapéutico (en este caso de orientación psicoanalítica) y así lograr en conjunto con el conocimiento de psicofármacos, una mayor eficacia terapéutica lo que se traduciría en utilizar los psicofármacos con mayor criterio y buscar resolver los problemas de salud mental de fondo.

Los alcances de una formación psicoterapéutica de orientación psicoanalítica no solamente implican un abordaje diferente del paciente, sino también un cambio en el posicionamiento y en la actitud del médico con relación a su práctica profesional. Los objetivos de este enfoque

no sólo ampliarían el campo de conocimiento del psiquiatra al integrar una comprensión clínica más abarcativa, sino que también permitirían lograr una mayor eficacia terapéutica. De este modo el psicoterapeuta médico podrá utilizar más adecuadamente sus conocimientos psiquiátricos y el arsenal terapéutico de que dispone hoy en día. Recurrirá a los psicofármacos cuando lo considere necesario pero sin renunciar al esclarecimiento y resolución de los conflictos subyacentes. (Schutt, 2002:36).

La automedicación en el caso de los médicos/cas residentes consultados, debe ser entendida como una forma de autoatención que contribuye a reducir el daño de la sintomatología de un trastorno de salud mental para así buscar mantener un rendimiento óptimo en la especialidad. Para Mark Nichter (2006), la reducción del daño es entendida como “un conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave”. (Nichter, 2006:115). La reducción del daño a través del uso de medicamentos, conlleva una búsqueda por mitigar el problema con la intención de preservar una salud funcional (resistencia y productividad en alguna actividad), pero habitualmente no se tiene como objetivo medular, el resolver el problema de raíz.

Las medicinas se usan para reducir molestias y para permitir que la gente que vive en ambientes contaminados sobrelleve las dificultades del entorno. ... muchas veces la toma de medicamentos viene a ser una medida de reducción del daño, para impedir que síntomas incipientes pasen a mayores. Otras medicinas se toman para dar energía cuando faltan fuerzas y para disminuir el dolor cuando queda mucho trabajo por delante. Desde un estricto punto de vista de "salud funcional", los trabajadores ven eso como una forma de reducción del daño. Les permite completar el día de trabajo. (Nichter, 2006:117).

Como se mencionó anteriormente, varios de los psicofármacos utilizados por los residentes consultados, no sólo se emplean para atender la ansiedad o la depresión, sino que también se emplean para estimular e inhibir el sueño, permitir una mejor concentración y, por tanto, mantenerse resistentes y productivos, con el objetivo último de egresar como médicos especialistas. Para Menéndez, “la autoatención se constituye estructuralmente e implica la acción más racional, en términos culturales, de estrategia de supervivencia e inclusive de costo-beneficio, no sólo económicos, sino de tiempo por parte del grupo”. (Menéndez, 2005:59). Por lo anterior, los residentes consultados optan por la auto-medicación, ya que, por un lado, obtienen los psicofármacos de manera gratuita y su efecto es mucho más inmediato que el asistir a sesiones de psicoterapia, cuyo costo es mucho más elevado.

Además, para Menéndez, también la autoatención “evidencia de forma simultánea el pragmatismo y la auto-explotación de los sectores subalternos”. (Menéndez, 2016:21). En este caso, la elección por la automedicación también manifiesta la precariedad estructural tanto económica como de tiempo que padecen los médicos/cas residentes quienes de manera racional y pragmática deciden en función del costo-beneficio económico, (ya que la auto-medicación a la cual habitualmente acceden es gratuita) pero además, porque culturalmente la medicalización es parte de un habitus consensuado y legitimado por la misma especialidad psiquiátrica de corte biomédico. Como hemos visto antes, la administración de psicofármacos en la Psiquiatría contemporánea, se ha vuelto piedra de toque para el tratamiento de psicopatologías. Esta medicalización también expresa una búsqueda incesante de la disciplina psiquiátrica por obtener una ansiada credibilidad biomédica al concebir los trastornos mentales primordialmente como enfermedades orgánicas como sostiene Martínez-Hernández a continuación:

Con la psicofarmacología como principal punto de contacto, la Psiquiatría contemporánea adquiere un estatus biomédico, pero la deficiencia en su conocimiento etiológico llama a la constricción de su nosología con la simple base de la descripción clínica. La mirada psiquiátrica entonces fluctúa entre la posibilidad de tratar algún nivel de realidad biológica y la imposibilidad de derramar luz en el aún opaco universo de los órganos. (Martínez-Hernández, 2000: 35).

Sobre la asistencia a psicoterapia, tanto los médicos/cas residentes consultados como sus supervisores, emplean mensajes contradictorios, es decir, por un lado aceptan la importancia de que los residentes acudan a psicoterapia desde el comienzo de la especialidad, y por otro lado, no se lleva a cabo en la praxis. Según los propios residentes, esto se debe a dos razones en específico: la escasez de tiempo y la falta de recursos económicos. En el caso de los supervisores, si bien discursivamente exhortan a los residentes a que acudan a psicoterapia, la realidad es que no se ha establecido formalmente una estrategia institucional para promover la asistencia a psicoterapia entre los residentes.

En contraparte a la automedicación, el asistir a psicoterapia pareciera abrir campo al estigma asociado a una salud mental deteriorada, vinculada a connotaciones de vulnerabilidad, debilidad e improductividad e insuficiencia para lidiar con la residencia médica, características que son despreciadas por la cultura

organizacional biomédica, que promueve valores contrarios como la resistencia, al rendimiento y a la productividad, aún a costa de la salud propia. De esta manera, muy pocos médicos/cas residentes optan por asistir a psicoterapia al mismo tiempo y de manera complementaria a la auto-medicación vía psicofármacos, siendo más frecuente según relataron ellos mismos, el consumo de psicofármacos de manera aislada y no en conjunción con la psicoterapia. Esta situación nuevamente plantea el cuestionamiento sobre si la psicoterapia debiera incorporarse de manera mucho más formal dentro del esquema formativo de los residentes de Psiquiatría. Si bien los supervisores consultados manifestaron su preocupación por el tema de la auto-medicación, y mencionaron su interés en que los residentes acudan a psicoterapia; en la praxis, la institución misma no ha iniciado ninguna estrategia para estudiar de manera más exhaustiva el tema de la auto-medicación de psicofármacos sin control, y tampoco ha dotado de alternativas y posibilidades a los propios residentes para poder acudir a psicoterapia como podría suceder a través de convenios interinstitucionales, descuentos, prestaciones, becas, y, sobre todo, mediante espacios de tiempo claramente establecidos durante la especialidad que estén destinados exclusivamente a la asistencia a psicoterapia.

Para Mark Nichter (2006), la reducción del daño en ambientes laborales no debería circunscribirse solamente al terreno individual, y se pregunta sobre la responsabilidad patronal y colectiva cuando los riesgos se han detectado pero no se han atendido de manera formal e institucional, delegando, como sucede en esta misma investigación, la entera responsabilidad del cuidado de su salud mental a los propios médicos residentes, a quienes solo se les recomienda evitar la auto-medicación y el asistir a psicoterapia.

La reducción del daño emprendida para reducir el riesgo laboral plantea importantes cuestiones de política y de salud pública, vinculadas a la política de la responsabilidad. Una de ellas, claramente, consiste en quién es responsable por la salud en ambientes de trabajo moderadamente malsanos, pero en los cuales no se viola ninguna ley de sanidad o seguridad laboral: ¿el trabajador o el patrón? Más aún, endosarle al trabajador esta responsabilidad a través de la ideología del "estilo de vida saludable" puede promover la ilusión y la falsa seguridad de que los esfuerzos individuales pueden compensar los riesgos para la salud en contextos laborales o ambientales malsanos. En muchos casos eso es simplemente imposible. Más aún, cuando la salud se considera una responsabilidad individual, se reduce la probabilidad de que se emprendan acciones colectivas —por lo

menos hasta que surja una catástrofe mayor que logre movilizar a grupos de víctimas. (Nichter, 2006:127).

Lo anterior nos remite a pensar que la cultura organizacional biomédica entendida como las representaciones, discursos y prácticas institucionalizadas (Muñoz, 2014), promueve y espera, dentro del campo social de la residencia médica, la reproducción del habitus de la resistencia y la productividad frente a la adversidad, pensando mucho más en la salud de los residentes de manera funcional. Es decir, se exhorta al rendimiento y se significa como expresión de salud aún frente a la presencia de signos y síntomas que podrían hablar de una salud deteriorada que requiera de ser atendida no solo de manera individual sino institucional. Esta situación promueve dentro del área psiquiátrica el reforzamiento del estigma asociado con la idea de que una salud mental vulnerada es sinónimo de debilidad, mediocridad, e insuficiencia para ser funcional y alcanzar los objetivos planteados como lo es, egresar como médico especialista en el área de Psiquiatría.

La promoción de este habitus, Bourdieu, (1997) de la resistencia y de hiper-productividad dentro de la residencia médica, ayuda a la formación del síndrome del superhéroe, un *cultural-bound syndrome*²⁴ o síndrome culturalmente delimitado entendido como un conjunto de fenómenos promovidos desde la cultura organizacional biomédica que hacen creer al residente que al portar la bata blanca del médico, se pueden resistir todo tipo de adversidades durante la trayectoria formativa de especialización, incluso cuando algunas prácticas son contraindicadas para su propia salud por la misma biomedicina. Este síndrome culturalmente delimitado, es un efecto de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) presente en la trayectoria formativa profesional del médico/ ca residente, donde se pregona por la salud funcional y consiste en una creencia de mayor resistencia del médico/ca residente frente a prácticamente cualquier adversidad presentada durante su trayectoria formativa de especialización y/o cualquier situación deletérea que afecta al común de los seres humanos promedio, por ejemplo: Adicciones, privación del sueño, mala alimentación, sobrecarga horaria, desgaste físico y

²⁴ Conjunto de fenómenos o estructuras de la personalidad que responden a patrones culturales y parecen mostrar una especificidad y localización determinados. (Martínez-Hernández, 2008: 63).

emocional, *burnout*, etc. Otro fenómeno implicado en el síndrome del superhéroe es un narcisismo culturalmente edificado donde se generan el rechazo a la adopción de ciertos roles como el rol del enfermo o el del paciente, como si fueran incompatibles con el rol del médico. Además, el síndrome de súper-héroe también se expresa en la necesidad de priorizar la atención de la salud de los demás, es decir, los pacientes, en detrimento de la salud propia, al considerar siempre al otro como más vulnerable. Ante la negativa para asumir el rol del enfermo, y el rol de paciente, de manera frecuente se ejerce la autoatención, situación que no sólo rompe el mismo paradigma de atención biomédica, sino que incorpora prácticas que pueden perjudicar su salud (ie: alcoholismo, automedicación de psicofármacos sin control, evitación de la psicoterapia, tabaquismo, etc.).

Para discutir el “síndrome del superhéroe” retomo una investigación, realizada en 2013 por Mingote et al, nombrada “Prevención del suicidio en médicos” y donde los autores retoman a Jones (1913) para hablar del “complejo de Dios” por parte del médico/ca lo que respalda la noción del concepto del “síndrome del superhéroe”.

Los médicos deben ser advertidos contra la tendencia defensiva a refugiarse en el rol profesional para autoinducirse un "sentimiento de superioridad" sobrecompensador de la "debilidad" de tener los mismos problemas que las personas normales. Esta compensación defensiva puede llegar a la arrogancia narcisista y al "complejo de Dios" del médico (descrito por Jones en 1913), con sentimientos irrealistas de superioridad como expresión de un persistente autoengaño patológico, que le hace vulnerable a ulteriores riesgos psicosociales y crisis más graves. (Mingote, et al, 2013:190).

A diferencia de Jones, para mí, el síndrome de superhéroe no sólo es una compensación defensiva, o un rasgo narcisista profesional, sino la expresión de un patrón cultural de un campo social como lo es la Medicina, y en este caso en específico, la Psiquiatría. El síndrome de superhéroe complejiza una serie de fenómenos que no son auto-inducidos por los médicos de manera individual, sino que pasan a ser una expresión de un habitus de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) que impulsa valores como la resistencia, el alto rendimiento y la productividad como significaciones de buena salud; es decir, salud funcional (Nichter, 2006). Además, el síndrome de superhéroe es más apropiado que el “complejo de Dios” ya que justamente habla de convertirse en un aparente superhéroe dotado de facultades extraordinarias al ser poseedores del

conocimiento biomédico, que prioriza el rescate de otros más vulnerables (los pacientes) pero es habitualmente incapaz de percibir su propia fragilidad humana y sus propios límites físicos y psíquicos (rol de enfermo), además de negarse a recibir el apoyo mediante un otro profesional (rol del paciente). En el síndrome del superhéroe cuando se identifica un problema de salud mental propio, se tiende a buscar la reducción del daño del problema identificado, es decir, mitigar, pero no resolver el problema de raíz, con el firme objetivo de preservar la salud funcional; “la salud vista como un estado relativo que se mide en función de la capacidad que tenga un sujeto para realizar cierto tipo de actividades y tareas normales para su propia vida”. (Nichter, 2006:113).

La existencia de este síndrome del superhéroe, no solo es efecto de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) expresado a través de una residencia médica que promueve un habitus (Bourdieu, 1997) de resistencia ante la adversidad para alcanzar un alto rendimiento y productividad, (en ocasiones en detrimento de la salud de sus propios actores), sino que también es reflejo de la denominada sociedad del cansancio, que según el filósofo Byung-Chul Han (2017) es la consecuencia de una sociedad occidental que busca de manera incesante el alcanzar un máximo nivel de rendimiento sin alteraciones en el camino y donde como sucede con los residentes de Psiquiatría, se utiliza el dopaje para funcionar mejor.

La sociedad de rendimiento, como sociedad activa, está convirtiéndose paulatinamente en una sociedad de dopaje. El dopaje en cierto modo hace posible un rendimiento sin rendimiento. Ahora no solo el cuerpo, sino el ser humano en su conjunto se convierte en una máquina de rendimientos, cuyo objetivo consiste en el funcionamiento sin alteraciones y en la maximización del rendimiento. El dopaje solo es una consecuencia de este desarrollo, en el que la vitalidad misma, un fenómeno altamente complejo se reduce a la mera función y al rendimiento vitales. El reverso de este proceso estriba en que la sociedad de rendimiento y actividad produce un cansancio y un agotamiento excesivos. El exceso de aumento de rendimiento, provoca el infarto del alma. (Han, 2017: 68).

Cuando se presenta el síndrome del súper-héroe derivado de la negación de los roles de enfermo y de paciente, el cuidado de la salud mental, se ejecuta a través de la autoatención, con el riesgo de no solo romper el esquema paradigmático de la propia biomedicina, sino de incorporar prácticas perjudiciales a la propia salud (alcoholismo, automedicación de psicofármacos sin control, evitación de

psicoterapia, tabaquismo, etc.). La automedicación mediante psicofármacos como hemos visto antes, tiene como fundamento no sólo el atender posibles trastornos de salud mental y su sintomatología, sino que también se emplea para potenciar el rendimiento del médico/ca residente con el afán de continuar siendo funcional durante la residencia, es decir, desempeñar todas sus actividades con el objetivo último de consagrarse como especialista. Esto último, aunque la salud del residente vaya de por medio; su salud mental empeore, y puedan desarrollarse otro tipo de desequilibrios y adicciones. En este punto vale la pena recordar lo que dice Byung-Chul Han (2017) respecto a los sujetos inmersos en la sociedad del cansancio y del *burnout*.

El sujeto narcisista vive con una permanente sensación de carencia y de culpa. Como en último término compete contra sí mismo, trata de superarse hasta que se derrumba. Sufre un colapso psíquico que se designa como *burnout* o síndrome del trabajador quemado. El sujeto que está obligado a rendir se mata a base de autorrealizarse. Aquí coinciden la autorrealización y la autodestrucción. (Han, 2017: 83).

Pero no solo Han (2017) habla sobre la presencia del narcisismo como manifestación cultural de una sociedad occidental del cansancio o del *burnout* en donde “el sujeto que está obligado a rendir se mata a base de autorrealizarse” (Han, 2017:83). Pau Pérez-Sales (2001) desde la Psiquiatría, considera al narcisismo como una nueva psicopatología del post-modernismo y del capitalismo del siglo XXI cuyos horizontes para las próximas generaciones tienen una base cultural, un patrón educativo en una ética de consumo (Pérez-Sales, 2001). Para Pérez-Sales (2001), de manera irónica, cataloga al narcisismo como un síndrome culturalmente delimitado del mundo occidental, que se puede ver expresado en muchos de sus líderes quienes tienen características fundamentales, como:

...tener dificultades en aceptar críticas o nueva información que contradiga sus esquemas, apoyado por el círculo sicofántico, es decir, los consejeros que el tiempo y él mismo han ido seleccionando y que suelen confirmar la opinión del líder. Como dirigente, puede ser excesivamente optimista respecto a sus posibilidades de éxito y minusvalorar al adversario o a los riesgos. (Pérez-Sales, 2001:7).

El narcisismo al que refiere Pérez-Sales (2001) está presente en el síndrome del superhéroe de los médicos residentes de Psiquiatría como una característica más de este síndrome culturalmente delimitado que se manifiesta en esa dificultad por aceptar críticas, incorporar recomendaciones o esquemas que contradigan sus

esquemas de cuidado de salud mental. Los residentes, si bien reconocen la existencia de limitantes estructurales para atender de mejor forma su salud mental, (como la escasez de tiempo y limitados recursos económicos), también muchos deciden no buscar ayuda profesional, y deciden auto-atenderse. Inclusive los supervisores, al menos discursivamente hacen hincapié en que los residentes asistan a psicoterapia y no se auto-mediquen, sin embargo, el habitus promueve lo contrario y los residentes deciden no incorporar dichas recomendaciones, y prefieren evitar la búsqueda de ayuda profesional por temor a ser estigmatizados como mediocres o improductivos. El habitus de la cultura organizacional biomédica, que promueve la salud funcional, impide que los residentes adopten nuevos esquemas de cuidado de salud mental, y que más bien se fortalezcan tanto la negación del rol de enfermo como la negación del rol de paciente, fortaleciendo el recurso de la autoatención, sobre todo, mediante psicofármacos. Además, como sostiene Pau-Pérez (2001), el narcisismo es una enfermedad de la autoestima, y se rige no por la necesidad de competir, sino de compararse constantemente para auto-exigirse el mantenerse al nivel de las exigencias de las actividades que los sujetos tienen día con día. Esta situación se asemeja, como he dicho antes, con la trayectoria formativa los médicos/cas residentes consultados, que tienen la necesidad de mantenerse funcionales para cumplir con las expectativas de la residencia, siendo vital para ellos, el preservar los valores de la resistencia y la productividad para ejercer esa actividad dual entre ser estudiante y profesionalista para el salvamiento de un otro más vulnerable, el paciente. Para Pérez-Sales (2001), el narcisismo y sus derivados, son auténticos síndromes culturalmente delimitados donde la competitividad, pero sobre todo la comparación está presente.

La matriz cultural contemporánea genera un patrón que no es necesariamente de competición, sino de comparación. La enfermedad del autoestima – otra de las caras ocultas del narcisismo, surgida de la dificultad de aceptar la convivencia en una comparación permanente con modelos sociales y la necesidad de estar permanentemente a la altura de las circunstancias en innumerables facetas de la vida cotidiana. (Pérez-Sales, 2001:12).

Para el psiquiatra Pérez-Sales (2001) hay varios ejemplos de profesiones, ocupaciones y comportamientos que reflejan el narcisismo patológico occidental del siglo XXI como sucede con el ejército, o como se expresa a través de los trastornos de la alimentación. Yo agregaría a la lista, como síndrome culturalmente delimitado

producto de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) el síndrome del superhéroe, también como otra expresión narcisista en las profesiones del mundo occidental.

El síndrome del superhéroe se manifiesta en una reconstrucción en la identidad del médico residente como individuo, situación que no solo incide en su salud como ya se ha expresado, sino que permea en sus relaciones interpersonales y en la relación médico-paciente. Su interés máximo es mantener un rendimiento adecuado a las expectativas de la cultura organizacional biomédica y cualquier aflicción en su salud mental es concebida como un impedimento que se debe sortear lo más rápido posible, sin que esto signifique resolver el problema, sino únicamente reducir el daño. En el síndrome del superhéroe, se manifiestan los siguientes fenómenos: 1) La necesidad de ser funcional (resistencia y productividad) ante la adversidad que representa el padecer síntomas de un trastorno mental (negación del rol de enfermo). 2) Auto-atender la salud mental con la intención de reducir el daño pero no buscar una solución al problema, descartando la recomendación e intervención directa de otros profesionales de la salud mental que pudieran modificar las estrategias y prácticas del tratamiento iniciado, con la convicción narcisista de que uno mismo goza del conocimiento y herramientas adecuadas y suficientes para tratar la sintomatología (negación del rol de paciente). Y, finalmente 3) Poseer la firme convicción de que otros sujetos, significados como más vulnerables, deben ser atendidos primero que uno mismo en cuestión de salud mental; en este caso, los pacientes.

V. CONCLUSIONES GENERALES Y REFLEXIONES FINALES:

5.1 CONCLUSIONES GENERALES Y REFLEXIONES FINALES

A lo largo de esta tesis, la intención fundamental ha sido conocer cómo perciben su propia salud mental los médicos/cas residentes de Psiquiatría y analizar qué hacen para atenderla y cuidarla, siendo ellos, profesionales biomédicos en ciernes de convertirse en especialistas a cargo de la salud mental de la población.

Recordemos que esta tesis se ha realizado desde un enfoque de la antropología médica, y el interés en este tema, se derivó de establecer como problema de investigación, que los médicos/cas residentes de Psiquiatría son tanto estudiantes como trabajadores expuestos a difíciles condiciones estructurales durante su trayectoria formativa de especialización, por lo que, tanto su salud mental como la salud de quienes ellos atienden se podría ver afectada. Inicialmente, pensé que sobre todo la carga horaria, tanta académica como laboral, así como la violencia jerárquica dentro del instituto serían dos de los factores más importantes que incidirían en el deterioro de la salud mental de los residentes. Sin embargo, estos factores no han sido los únicos, pues a lo largo de esta investigación hemos podido observar que, según los residentes consultados, la exposición al paciente, el alejamiento de sus familiares y amigos, así como determinados desafíos o ritos de paso retomando a Turner (1988) durante los años de la residencia, inciden en su salud mental.

Además, al ingresar a la especialidad, los médicos/cas se incrustan en una cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) con disposiciones y pautas específicas, que configuran en ellos, determinadas representaciones sociales, expectativas de comportamiento y habitus, que, como diría Bourdieu (1997) constituyen estructuras mentales que incidirán en determinadas estrategias, prácticas y gustos. Esto último incide en cómo significan los residentes su propia salud mental y el tipo de estrategias y prácticas que utilizan para cuidarla durante los cuatro años de especialización.

Es de suma importancia recordar que la inexistencia de investigaciones antropológicas previas respecto a la salud mental de los psiquiatras, y en específico de los residentes de la especialidad de Psiquiatría, ha sido una de las principales justificaciones de esta tesis. El objetivo ha sido contribuir no solo académicamente a llenar esos vacíos en la literatura antropológica, sino promover la auto-reflexión de los residentes, y de las autoridades del instituto para mejorar las condiciones formativas de los residentes durante la especialidad.

A lo largo de este trabajo he logrado aproximarme a comprender el problema de investigación planteado, respondido las principales interrogantes, y aterrizado los objetivos e hipótesis lanzadas, mediante la información obtenida y a la luz del análisis realizado.

De esta manera, se resumirá de manera puntual el recorrido a lo largo de los capítulos aquí expuestos y se reflexionará de manera sintética, la articulación de las conclusiones y principales hallazgos por capítulo para dar explicación al problema de investigación, a las interrogantes iniciales y a las hipótesis preliminares.

Recordemos que los objetivos generales de la presente investigación fueron los dos siguientes: 1) Describir y analizar las representaciones que tienen los médicos/cas residentes del segundo y tercer año de la especialidad en Psiquiatría del (INNN), respecto a su salud mental. 2) Describir y analizar las estrategias y prácticas de autoatención así como de búsqueda de atención que llevan a cabo los médicos/cas residentes del segundo y tercer año de la especialidad en Psiquiatría del (INNN), para cuidar su salud mental.

Con respecto al primer objetivo general planteado, dentro del segundo capítulo de la presente investigación denominado, “El Ingreso a la especialidad de Psiquiatría” se presentó una condensación de las principales razones y motivaciones de los médicos/cas residentes consultados para cursar una especialidad, y en específico de Psiquiatría. Aquí se pudo realizar un primer acercamiento a conocer que significados tienen los residentes de segundo y tercer año respecto a su salud mental cuando varios de ellos aseguraron haber estudiado la especialidad de Psiquiatría por tres razones en específico: 1) Un acercamiento previo a la disciplina

psiquiátrica que los motivó a formarse como especialistas, ya fuera en servicio social, una experiencia laboral o durante la rotación de la carrera de Medicina. 2) La experiencia con algún familiar o persona cercana que padeció o padece un trastorno en su salud mental. 3) Algún evento traumático o la experiencia propia de haber sufrido o estar sufriendo un trastorno en su salud mental.

Derivado de este último argumento, varios de los médicos/cas residentes consultados, mencionaron haber sufrido algún trastorno en su salud mental, ya fuera como un trastorno diagnosticado, un trastorno asumido por ellos mismos, o como un sufrimiento, problema emocional o anímico previo al ingreso a Psiquiatría. Igualmente, mencionaron que los filtros de ingreso a la especialidad no fueron lo suficientemente rigurosos para evaluar la salud mental de los aspirantes (es decir, de ellos y de sus compañeros). Algunos sujetos entrevistados, incluidos los supervisores, afirmaron que la elección de la especialidad en Psiquiatría podría haber surgido a partir de la necesidad de buscar explicaciones, y soluciones a un trastorno de salud mental propio a través de la adquisición de determinados conocimientos biomédicos. Esto último se podría resumir como “buscar expiar sus propios demonios” acorde a las palabras de uno de los supervisores consultados. Es decir, una de las representaciones sociales más contundentes respecto a la salud mental de los residentes de la especialidad de Psiquiatría, en este caso del segundo y tercer año, es que para varios de ellos y no todos, ya existía un malestar o trastorno en su salud mental previo al ingreso a la residencia que pudo haber encaminado la elección. Nuevamente, lo anterior no significa que todos los residentes de Psiquiatría hayan decidido ingresar a la especialidad por este motivo. Con relación a esto último, fue interesante reconocer que, dentro de las representaciones sociales más habituales sobre la salud mental de los residentes de Psiquiatría, existe la noción de que presentar un problema de salud mental puede permitir en ellos, empatizar con mayor facilidad y de mejor forma con el sufrimiento psíquico ajeno, es decir, con los pacientes.

Los residentes consultados también manifestaron sentir la necesidad de cursar una especialidad por la presión social y en particular del gremio médico para dejar de

ser médicos generales. Esta situación también podría ser entendida como un habitus que estructura el esquema mental del éxito en los médicos generales, es decir, superarse profesionalmente, aspirar a tener una mejor capacidad económica e incrementar sus posibilidades de una movilidad social. Pero, además, se erige la mentalidad de que no se es un médico verdadero, hasta que se vuelve especialista.

La decisión de cursar la especialidad de Psiquiatría en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) fue atribuida por los médicos/cas residentes no solo al prestigio de la institución, sino a la necesidad de complementar la formación psiquiátrica con una mirada desde la Neurología para así aspirar a tener mejores herramientas para la comprensión y tratamiento de trastornos de la salud mental.

Recordemos que la Psiquiatría como disciplina médica ha experimentado toda una serie de cuestionamientos a lo largo de su historia, incluyendo el estigma asociado a su práctica y a su aparente falta de rigurosidad científica. Esto último también ha permeado sobre los residentes consultados quienes consideraron que elegir Psiquiatría conlleva el estigma (Goffman, 2006) de cursar una especialidad aparentemente más sencilla, menos científica, que incluso es concebida por otros del gremio médico como un “desperdicio” de la formación médica. La aparente falta de rigurosidad científica sumado al auge de las neurociencias (Kleinman en Inhorn & Wentzell, 2012), ha hecho que la Psiquiatría biomédica contemporánea se haya inclinado a pensar los padecimientos mentales desde una perspectiva mucho más biológica, secundarizando el contexto socio-cultural e incluso la experiencia individual del sujeto. Esto último, también ha provocado que la Psiquiatría contemporánea se haya distanciado de un abordaje psicodinámico para comprender y tratar la salud mental, dando prioridad a explicaciones fisiológicas que conlleven una atención y tratamiento desde la psicofarmacología con la intención de adquirir una mayor legitimidad frente a otras áreas de la Medicina. Ya Martínez-Hernández (2006) nos avisaba sobre la tendencia actual de la Psiquiatría neokraepelinista de pensar los problemas de salud mental únicamente desde la biología y las neurociencias, prescindiendo del contexto socio-cultural en el análisis para la comprensión de dichos trastornos, lo que le restaría esa misma científicidad

que históricamente ha añorado. Para Martínez-Hernández (2006), la salud mental no debe "...reducirse a determinaciones genéticas y a la ilusión de un mundo y unas taxonomías estables. El contexto social, cultural y económico-político de la aflicción es una realidad que está ahí, como los cromosomas y los neurotransmisores...". (Martínez-Hernández, 2006: 2272).

En cuanto al primer objetivo planteado, abordaremos los principales hallazgos del capítulo III denominado "La residencia, sus desafíos y salud mental". En este tercer capítulo me he abocado a conocer las principales representaciones sociales que tienen los médicos/cas residentes de Psiquiatría del INNN respecto a su salud mental durante su tránsito formativo en la especialidad en función de los principales desafíos y estresores que los residentes pudieron nombrar respecto a las diferentes etapas de la trayectoria de la residencia. Es a través de esta trayectoria²⁵ de cuatro años, retomando el concepto de Freidson (1977), que se configuran habitus (Bourdieu, 1997) de una cultura organizacional biomédica²⁶ (Muñoz, 2014) que también articula estrategias y prácticas determinadas. En esta trayectoria formativa, y retomando a Victor Turner (1988), el residente que ingresa a la especialidad se despoja de la bata de médico/ca general (separación), transita por los cuatro años de la especialización (liminalidad), donde cada año implica una nueva separación y una nueva integración a una distinta fase, y finalmente el egreso, o en términos de Turner (1988), "integración". Es decir, la reincorporación a la vida social pero transformados en médicos/cas especialistas en Psiquiatría.

La primera fase (de separación) comprende la conducta simbólica por la que se expresa la separación del individuo o grupo, bien sea de un punto anterior fijo en la estructura social, de un conjunto de condiciones culturales (un estado), o de ambos; durante el período liminal intermedio, las características del sujeto ritual (el pasajero) son ambiguas, ya que atraviesa un entorno cultural que tiene pocos, o ninguno de los atributos del estado pasado o venidero, y en la tercera fase, (reagregación o reincorporación) se consuma el paso. (Turner, 1988: 102).

²⁵ "Una secuencia de acontecimientos sociales que podemos definir por los roles e imputaciones que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo". (Freidson 1978, citado en Osorio 2001: 40).

²⁶ "Serie de dimensiones socioculturales, simbólicas y materiales en las que las representaciones sociales, los discursos y las prácticas de los actores están ordenadas, e institucionalizadas, por las pautas y expectativas de conducta que las condiciones de la praxis en el campo social ponen en juego". (Muñoz, 2014:316).

Los médicos/cas residentes consultados mencionaron que uno de los estresores estructurales más importantes durante esta etapa formativa es la beca que reciben. Ellos mencionaron que la beca ejemplifica la ambigüedad que existe en su función liminal, tanto como trabajadores y como estudiantes, ya que señalaron que el monto recibido no corresponde a la exigencia y demandas del hospital en cuanto a disponibilidad, rendimiento y cuidado de los pacientes psiquiátricos. Los residentes consultados manifestaron que la beca es inequitativa en función del trabajo desempeñado, y sienten que se vulneran sus derechos como trabajadores. Esta situación genera confusión y malestar ya que desconocen información esencial de la beca, como el monto total, las fechas de pago, e incrementos durante cada año de la residencia, lo que, a su vez, visibiliza un claro desconocimiento de los propios residentes sobre sus derechos y obligaciones. Dicha situación y ambigüedad sobre la beca funge como un elemento estresor a la salud mental de los residentes, dado que el monto acorde a ellos es insuficiente para cubrir sus necesidades básicas.

En cuanto al tránsito por los distintos años de la residencia en Psiquiatría, los residentes compartieron los principales desafíos que deben superar como ritos de paso que les permiten transitar por cada año de la especialidad, despojándose así de unas responsabilidades y absorbiendo otras. En términos de Victor Turner, (1988) los residentes llevan a cabo un proceso de transición que implica tres fases; la separación de un grupo previo junto con sus características, la liminalidad o el estar en medio de ese tránsito ambiguo, y finalmente la integración al nuevo grupo, cuando logran cruzar el último umbral durante el cuarto año de la residencia para convertirse en médicos especialistas, en este caso, psiquiatras.

Algunos médicos/cas consultados refirieron que durante la residencia se sienten “dentro y fuera” de la estructura social de la institución, pues son estudiantes en formación, pero también trabajadores en la acción, sintiéndose en ocasiones confundidos sobre sus derechos, obligaciones, roles, posibilidades y limitaciones. En el primer año de la residencia, realizan actividades meramente burocráticas y auxiliares como un “paramédico” en términos de Freidson (1977) pero también se les exige comportarse como neurólogos, sin dejar de ser psiquiatras. En el segundo

año, los médicos residentes cambian de una actitud pasiva y subordinada a las órdenes de residentes de años superiores, a la necesidad de constituirse como los responsables de la guardia de Psiquiatría, con una asesoría poco cercana de los residentes de tercer año según ellos mismos relataron. En cuanto a las representaciones sobre su salud mental, los residentes consultados dijeron que después de transitar un primer año de desgaste físico y subordinación a las decisiones de los residentes de grados superiores, pasaron a un segundo año de desgaste psíquico y emocional con un aprendizaje basado en la adquisición de responsabilidades y toma de decisiones.

El tercer año fue nombrado como “las playas”, metáfora de un aparente descanso o menor desgaste en comparación a los otros años formativos dentro de la especialidad. Aquí también aparece un rol “fantasma” ya que el residente de tercer año no tiene presencia en las guardias, y la asesoría a los residentes de segundo año se da a la distancia vía remota. Es decir, la presencia de un residente de tercer año en las guardias, se hace de manera intermitente y poco frecuente, según dijeron, como las apariciones de un fantasma. A su vez, durante el tercer año, el residente se convierte de nuevo en una figura transitoria y liminal retomando a Victor Turner (1988). El residente de tercer año es “la sombra” de un residente de cuarto año, quien es el verdadero encargado y responsable del piso de los internamientos. Sin embargo, la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) también espera que los médicos/cas de tercer grado estén preparados para asumir las responsabilidades del residente de cuarto año en caso de ser necesario.

Finalmente, durante el cuarto y último año de la formación, no solo se adquiere la responsabilidad del piso de los internamientos, sino que el residente ya se encuentra en el último peldaño de la formación a nada de cruzar el umbral que lo transformará en ese objetivo de convertirse en médico especialista. El médico residente de cuarto año, solo recibe órdenes de los adscritos y se coordina con los residentes del tercer año, aunque estos no son responsables del piso. El residente de cuarto año que está por egresar, en ocasiones no quiere despegarse de ese rol de estudiante y teme por su salida al mundo real. Esta incertidumbre, les genera

mucha ansiedad ya que saben que, al egreso, ya no contarán con el respaldo grupal e institucional ante alguna duda o conflicto con el paciente. Además, los residentes de cuarto año, saben que tendrán que encontrar su propio consultorio, o algún espacio laboral para el ejercicio de la práctica psiquiátrica, lo que contribuye a su ansiedad.

Los residentes de la especialidad en Psiquiatría, se encuentran diría Freidson (1977) en un sistema estratificado, donde comienzan como profesionales “paramédicos” en R1, es decir, “al margen” de otros profesionales, por lo que tienen que transitar por distintas etapas o ritos de paso (Turner, 1988), para adquirir determinados conocimientos y habilidades que les permitan ir asumiendo mayores responsabilidades y más autonomía para finalmente pertenecer a un conjunto social específico como el de médicos psiquiatras, con el prestigio que de esto deviene.

También en cuanto al primer objetivo de esta investigación, los residentes consultados dijeron que durante el curso de los cuatro años formativos aparecieron estados anímicos alterados, malestares emocionales y/o trastornos de su salud mental. Por las diferentes tipologías referidas por los residentes respecto a una salud mental deteriorada, para fines de esta tesis, se buscó problematizar tanto el concepto de salud mental, como el de trastorno mental, ambos de la OMS desde las ciencias sociales, y en particular desde la antropología médica para comprender que la enfermedad mental no solo tiene un origen y causalidad meramente biológica o genética, sino derivada de su contexto social, cultural, medio ambiental y económico. De tal manera, Kleinman (2012) y Kleinman, Das y Lock (1997) argumentan que los trastornos en salud mental son concebidos por antropólogos médicos y expertos en salud global, más no psiquiatras, como formas de sufrimiento social y también como consecuencias de este sufrimiento.

En las respuestas de la mayoría de los residentes consultados respecto al reto que implica cursar una especialidad, ellos refirieron que transitar el sendero de la especialidad conlleva todo tipo de sacrificios. Los más habituales, el sacrificio económico, el distanciamiento físico del lugar de origen, el alejamiento de sus redes de apoyo, así como el descuido de su propia salud. Esto último manifestado a través

de una descompensación alimenticia por los malos hábitos alimenticios, las pocas horas de sueño, el estrés y *burnout* derivado de las actividades diarias realizadas en la residencia, las jerarquías y la exposición al sufrimiento de los pacientes. Por lo anterior, los residentes consultados afirmaron que la residencia puede ser concebida como un caldo de cultivo, un laboratorio que trasgrede la salud mental y que propicia, ya sea el desarrollo de un trastorno pre-existente o la gestación de uno nuevo. En cuanto a los padecimientos más frecuentes que pudieron enunciar los residentes, se encontraron la ansiedad y la depresión, ambas categorías aún ambiguas e inespecíficas, que pueden ser entendidas según Pang (1998) como “un sentimiento, un estado de ánimo, un síndrome, una enfermedad o como un estado emocional o corporal” (Pang, 1998). Lo anterior nos remitiría a pensar que ambas categorías “ansiedad” y “depresión” no solo podrían ser enfermedades, sino expresiones de malestar o sufrimiento por las condiciones estructurales de la residencia misma.

Desde las ciencias sociales, investigaciones como la de Kleinman y Good (1985) de nombre “Culture and Depression”, consideran que es difícil encontrar una sola definición para la depresión, la ansiedad y otros problemas de salud mental, por lo que una conclusión a la que llegan, es que la depresión y la ansiedad se pueden entender como un estado de ánimo, síntoma de enfermedad mental y como enfermedad en sí. Otros estudios como Kokanovic, et al (2013) consideran a la depresión como una experiencia y respuesta a distintos acontecimientos de la vida del individuo o Kangas (2001) a presiones sociales a los que enfrentan los individuos. Lo anterior nos permite reconocer la complejidad para comprender definiciones como la ansiedad y la depresión, pues algunos residentes concibieron ambas categorías como enfermedades, mientras que para otros residentes eran solamente estados de ánimo.

Sin embargo, el reconocimiento de una salud mental deteriorada por parte de los residentes consultados (ya sea concebida como una alteración anímica, un malestar emocional o un trastorno en sí) no implicaba necesariamente la búsqueda de ayuda y tratamiento profesional. Esto se puede explicar por el estigma social asociado a

padecer un trastorno en la salud mental, y a los recursos económicos y de tiempo limitados, que se articulan con la existencia de un habitus (Bourdieu, 1997) de la resistencia frente a la adversidad en función de la productividad. Ya Carlos Mingote, et al en el artículo, “Prevención del suicidio de médicos” del 2013 mencionó que, “los médicos se resisten a buscar ayuda profesional por temor al estigma social y comprometer su carrera profesional”. (Mingote, et al, 2013:189). El estigma entre los residentes de Psiquiatría respecto al deterioro de su salud mental, está asociado a verse como “débiles”, “incapaces” y/o “improductivos” dentro de una cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) que dicta las pautas y expectativas asociadas a la resistencia, al rendimiento y a la productividad de los residentes en el campo social de la especialidad psiquiátrica.

Los mismos residentes no sólo hablaron de tener una salud mental deteriorada, sino que aceptaron que el tener una salud mental afectada perjudica el aprendizaje, el rendimiento y la atención a los pacientes que tienen a su cargo. En este sentido es importante analizar cómo la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), por un lado, impulsa la creación de un habitus que pregona por valores como la resistencia, el rendimiento y el sacrificio a favor de la productividad, con la intención de seguir atendiendo a sus actividades diarias, asumiendo sus responsabilidades y tareas. No obstante, por otro lado, y de manera paradójica, ese mismo habitus, que impulsa la salud funcional²⁷ (Nichter, 2006), perjudica la salud mental de los residentes quienes a su vez admiten que una salud mental deteriorada termina perjudicando la relación médico-paciente.

Hacia el final del tercer capítulo, y respecto a las distintas representaciones que tienen los residentes sobre su salud mental, se abordó el tema de la presencia de una ideación suicida durante la especialidad. Las interpretaciones dadas por los residentes consultados permiten dar cuenta de factores multicausales. En primera instancia la negación de los residentes para buscar ayuda profesional frente a un malestar o trastorno mental (muchas veces preexistente a la residencia y en otros

²⁷ “La salud como un estado relativo que se mide en función de la capacidad que tenga un sujeto para realizar cierto tipo de actividades y tareas normales para su propia vida”. (Nichter, 2006:113).

casos generado a partir de ésta), reduce las posibilidades de atención lo que permite un peor pronóstico por la cronicidad. Esta situación se puede interpretar a partir de las reflexiones de los propios residentes y supervisores, quienes, a pesar de haber negado la aparición de ideaciones suicidas en ellos, coinciden en aceptar la posibilidad de lo anterior, pueda generar un primer esbozo para el surgimiento de una ideación suicida.

Al ser indagados al respecto, los residentes consultados también aceptaron que otro de los factores que podría contribuir a la generación de una ideación suicida durante la especialidad, es el contacto con el paciente y su sufrimiento. Es decir, la constante exposición al dolor ajeno mediante los casos atendidos. Recordemos que, si bien estas dos fueron las razones principales atribuidas por los médicos/cas consultados a la posible gestación de una ideación suicida entre ellos, las condiciones estructurales formativas, los desafíos por año, la insuficiencia de la beca, los roles y las jerarquías comentadas a lo largo del tercer capítulo también son factores que propician como dijeron los residentes, “un caldo de cultivo” para el deterioro de su salud mental y por consiguiente, del desarrollo de la ideación suicida. Recordemos que, para Durkheim (1897), retomado por Levi Strauss (1981) en Martínez-Hernández (2008), el suicidio, (y yo agregaría la misma ideación suicida) no debía ser vinculado únicamente con factores psicopáticos o ambientales, sino también ser analizado como producto de fuerzas sociales que hacen del individuo una función inestable.

La interpretación de los médicos/cas residentes consultados se suma a algunas investigaciones previas que buscaron comprender el riesgo suicida en el médico residente como las de Van der Heijden et al, (2008), y otras, en específico sobre el riesgo suicida en el psiquiatra, como la de Blachly, Disher y Roduner, (1968), la de Rose y Rosow (1973) o la realizada por De la Cruz, Corominas y Sarró (1988). En la primera se investigó la prevalencia de *burnout* y de ideas suicidas en una muestra representativa de residentes alemanes (N=2115) dando por resultado lo siguiente. “Los pensamientos de suicidio son más prevalentes en los residentes con *burnout* en comparación con los que no lo tienen (20,5% versus 7,6%, $p < .001$) (Van der Heijden et al, 2008 en Mingote, et al, 2013:182). En cuanto al riesgo suicida en

psiquiatras, el estudio de Blachly, Disher y Roduner (1968) llegó a la conclusión de que: “las tasas de suicidio para las diferentes especialidades, varían desde 61 por 100.000 para los psiquiatras” (Blachly, Disher y Roduner, 1968 en Mingote, et al, 2013:179). El estudio realizado por Rose and Rosow (1973), sostuvo que las cifras de suicidios entre médicos estaban infravaloradas, ya que, una investigación sobre una base de 48 suicidios de médicos en California durante un periodo de 3 años, se concluyó que, entre los médicos, los psiquiatras tenían las tasas más elevadas de suicidio. Finalmente, una revisión bibliográfica de De la Cruz, Corominas y Sarró (1988) concluyó el empleo de los medicamentos a los que tienen acceso y que ellos pueden proporcionarse, es el método más frecuente para el suicidio entre médicos/cas. Dentro de esta misma investigación, se concluyó que las especialidades con un riesgo más elevado de suicidio, eran los anestesiólogos, los cirujanos, los dentistas, los psiquiatras y los otorrinolaringólogos.

Recordemos que, dentro del planteamiento del problema de esta tesis, se propuso investigar que la negación del médico/ca residente por asumir tanto el rol de enfermo como el rol de paciente, podría desarrollar o dar continuidad a adicciones, malestares, trastornos y patologías que no solo incidan en su propia salud mental, sino en su formación profesional y en la relación médico-paciente. Esto último planteó la posibilidad de que una salud mental deteriorada en los médicos/cas residentes podría predisponerlos a cometer iatrogenias y negligencias médicas que afecten a la población a quienes atienden. Esta situación no se puede comprobar en esta tesis, pero sí fue una preocupación manifestada por los residentes consultados quienes, en su mayoría, aseguraron no gozar de buena salud mental y admitieron que esto podría incidir en la atención al paciente. De esta manera, se formuló como segundo objetivo general de esta tesis, describir y analizar las estrategias y prácticas de autoatención, así como búsquedas de atención que llevan a cabo los médicos/cas residentes del segundo y tercer año de la especialidad en Psiquiatría para cuidar su salud mental. Derivado de esta preocupación, se trabajó el IV capítulo cuyo nombre fue el de “Estrategias y prácticas de cuidado de su salud mental”. En dicho capítulo se explicaron las estrategias y prácticas más habituales

llevadas a cabo por los médicos/cas residentes consultados en función de cómo auto-atienden su salud mental durante la especialidad en Psiquiatría.

Sobre el segundo objetivo general, y saber si los médicos/cas residentes hacen uso de la autoatención, se discutió lo siguiente: Cuando se habla de autoatención²⁸, bajo la definición de Eduardo Menéndez, los médicos/cas residentes, al ser curadores profesionales no podrían entonces auto-atenderse. Sin embargo, profundizando en el concepto, Menéndez habla de que la autoatención excluiría una intervención central, directa e intencional de curadores profesionales como agentes externos que tratan a un otro, pero no habla sobre el caso de una intervención sobre sí mismos como curadores profesionales. Acorde a los residentes consultados, como sucede con otros grupos sociales, ellos utilizan el conocimiento biomédico que han aprendido a lo largo de su formación profesional para atender su propia salud mental, pero no se adhieren al 100% a seguir el paradigma de la Psiquiatría biomédica a cabalidad, como sí lo hacen con los pacientes a quienes atienden. Es decir, los residentes consultados admitieron que cuando se auto-atienden con psicofármacos, incorporan medicamentos que están prescritos para tratar otro tipo de problemas de salud mental o neurológicos, cambian las dosis a su criterio, alternan el uso de medicamentos de distintos laboratorios acorde a su disponibilidad, mezclan medicamentos que podrían interactuar entre sí de manera negativa, y modifican tanto dosis y tiempos de consumo de los medicamentos, muchas veces sin regirse por las recomendaciones de la misma Psiquiatría. Esta situación es vista con naturalidad por varios de los médicos/cas residentes consultados, pero también como signo de un exceso de confianza en el manejo de los psicofármacos, lo que puede poner en riesgo la salud.

Dentro de la problemática planteada, se necesitaba conocer cómo era representada la autoatención por los residentes, qué tipo de estrategias y prácticas de

²⁸ “Las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma”. (Menéndez, 2005: 54).

autoatención llevan a cabo para cuidar su salud mental y conocer si esas representaciones y prácticas respondían al paradigma de una salud funcional. Las prácticas de autoatención empleadas por los residentes consultados, (incluyendo la auto-medicación), se centraron mucho más en preservar la salud de manera funcional. Acorde a Mark Nichter, (2006) la salud funcional puede ser entendida como el mantenimiento de la productividad y el rendimiento; en esta tesis, hablamos del rendimiento académico-laboral de los residentes durante la especialidad. Por lo anterior, la autoatención empleada por los residentes de Psiquiatría se enfoca en controlar la sintomatología de un malestar o trastorno en su salud mental, con el objetivo de continuar con sus actividades diarias. La auto-medicación en el caso de los médicos/cas residentes consultados, entonces puede y debe ser entendida como una forma de autoatención que contribuye a reducir el daño de la sintomatología de un trastorno de salud mental para así buscar mantener el rendimiento y la productividad durante la especialidad. En este sentido, para Mark Nichter (2006), la reducción del daño puede ser entendida como “un conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave”. (Nichter, 2006:115). En este caso, la reducción del daño a través de la auto-medicación vía psicofármacos, conlleva una búsqueda por mitigar el problema de salud mental con la intención de preservar una salud funcional (es decir, resistir las adversidades y mantener la productividad durante la especialidad). Así, mediante la auto-medicación con psicofármacos, se controla la sintomatología con la intención de continuar las actividades diarias, se evita la exposición social y la estigmatización de sufrir un problema de salud mental, pero también, puede aparecer una sugestión o negación de ver la multidimensional del origen del sufrimiento, malestar o trastorno de salud mental.

El acceso a los psicofármacos como sucede en el caso de los antidepresivos, habitualmente se da por medio de las muestras gratuitas que entregan los diversos laboratorios a los residentes de Psiquiatría del INNN con la intención de promover sus productos. Si determinado psicofármaco no se encuentra dentro de las muestras gratuitas, otro tipo de acceso que tienen los residentes a determinados

psicofármacos, es mediante el uso de recetas que se expiden entre ellos como residentes de Psiquiatría, como sucede en el caso de medicamentos controlados como los ansiolíticos de efecto rápido.

Otras estrategias y prácticas de autoatención en los médicos/cas residentes son, el apoyarse en sus redes sociales, intercambiar regalos alimenticios como café, chocolates y galletas durante las guardias como símbolo de empatía y solidaridad, e incluso como una forma para expiar culpas cuando se sienten responsables de una sobre-carga de trabajo de otros residentes. Por otro lado, otras estrategias y prácticas de autoatención fueron leer textos ajenos a la Psiquiatría, ir al cine, al gimnasio, bailar, o incluso ver contenidos audio-visuales a través de plataformas como Netflix y YouTube.

Los residentes consultados también dijeron incorporar sustancias que pueden provocar adicción y que no son psicofármacos como en el caso del alcohol, tabaco y drogas ilegales, que son sustancias empleadas por los médicos/cas residentes como estimulantes para promover una mejor concentración, disipar la ansiedad e inhibir el sueño con el fin nuevamente, de mantenerse despiertos, funcionales y productivos en la residencia. Para Menéndez (2005), la autoatención “no refiere sólo a la intervención sobre los padeceres, sino también deben ser referida a la aplicación de tratamientos, al consumo de sustancias o a la realización de actividades que, según los que las usan, posibilitarían un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral” (Menéndez, 2005: 60).

Habitualmente también incorporan el sentido del humor como estrategia y práctica de autoatención, la cual emplean para hacer frente a la dificultad de estar expuestos al sufrimiento de pacientes y sus familiares. De esta manera, al reírse de la expresión de algunos síntomas en los pacientes, naturalizan la enfermedad mental lo que, según ellos, les permite lidiar con la exposición a los casos, la carga transferencial y la frustración de no poder ayudar más a los pacientes.

En el marco del segundo objetivo general, se buscaron los significados que le atribuyen los médicos/cas residentes a cuidar o descuidar su salud mental, lo que me llevó a preguntarme si ellos asumen tanto el rol de enfermo como el de paciente

en el cuidado de su salud mental. Si bien es cierto que los médicos/cas residentes consultados aceptaron tener sintomatología y/o trastornos de salud mental referidos como ansiedad y depresión; la mayoría de estos mismos residentes, fue incapaz de aceptar el rol de enfermo. En este sentido, y retomando a Parsons (1961) el rol de enfermo puede ser entendido como un freno o “una exención de las obligaciones sociales asociadas a otros roles” (Parsons (1961) en Martínez-Hernández, 2008:133). Esto puede ser ejemplificado cuando el médico residente no detiene sus actividades pese a sentir que su salud mental se ha visto deteriorada, es decir, no acepta el tener que dejar de asumir roles y responsabilidades para recuperarse.

Varios de los residentes utilizan los conocimientos psiquiátricos como referencia directa para auto-diagnosticarse y auto-medicarse, pero sin respetar los protocolos biomédicos para el consumo de psicofármacos; situación que ellos mismos dicen, no replicarían con sus propios pacientes. Esta situación se articula con la negativa del residente para aceptar el rol de paciente; es decir, no atender su salud mental con apoyo de otros profesionales. Esta situación se deriva de un exceso de confianza en las decisiones propias, al temor a buscar ayuda profesional externa y exponerse a ser estigmatizados como mediocres, vulnerables, y, por tanto, incapaces de afrontar la especialidad como se explicó en el capítulo III. En este caso, la auto-medicación permite en los residentes controlar el problema de salud mental sin entorpecer sus actividades diarias, lo que sí podría ocurrir si se adhieren al tratamiento con algún otro profesional. Es decir, para mí, la auto-medicación es la imbricación práctica entre la negación del rol de enfermo y el rol de paciente, producto de un habitus (Bourdieu, 1997) constituido por una cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) que exhorta a medir la salud según la capacidad para funcionar (Mark Nichter, 2006), con la intención de incrementar la resistencia y el rendimiento en la actividad profesional de los profesionales, en este caso de los médicos/cas residentes de Psiquiatría. Recordemos que el habitus (Bourdieu, 1997) hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir prácticas y estilos de vida parecidos como sucede en el caso de la auto-medicación vía psicofármacos.

La auto-medicación también aparece derivada de la cultura psiquiátrica contemporánea que desde la década de los 80' del siglo pasado según Martínez-Hernández (2008), tiene la necesidad e intención de adquirir mayor credibilidad frente a la biomedicina, dando mayor relevancia al empleo de psicofármacos que a la incorporación de otras herramientas de diagnóstico y tratamiento, como el contexto socio-cultural y familiar. (Martínez-Hernández, 2008).

Recordemos que el principal problema de investigación de esta tesis, es que la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) en la cual están inscritos los residentes, los expone a difíciles condiciones estructurales durante su trayectoria formativa de especialización, por lo que, tanto su salud mental como la salud de quienes ellos atienden se podría ver afectada. Por este motivo, fue indispensable no solo conocer cómo se auto-atienden los residentes, sino identificar, describir y analizar si tienen otras estrategias de búsqueda de atención para atender un problema de salud mental. En este sentido, la búsqueda de atención más evidente entre los residentes consultados, fue la asistencia a psicoterapia. Aquí, varios de los médicos/cas residentes consultados refirieron haber tenido experiencias previas con la asistencia a psicoterapia, pero la mayoría mencionó que abandonó la psicoterapia al ingresar a la especialidad o simplemente nunca ha asistido a una.

Tanto residentes como supervisores emplean mensajes contradictorios sobre la asistencia a psicoterapia, ya que prácticamente todos aceptan la importancia de recibir psicoterapia con fundamentos psicodinámicos desde el primer año de la residencia, y, sin embargo, solo muy pocos de ellos asisten por distintos motivos. Acorde a los residentes, la escasez de tiempo y la falta de recursos económicos se manifestaron como las principales razones estructurales para no asistir a psicoterapia, aunque también el temor a ser estigmatizados como débiles, mediocres e improductivos es un factor importante por el cual no asisten a psicoterapia. Mientras tanto, en el caso de los supervisores, discursivamente sugieren y promueven la asistencia a psicoterapia, pero, institucionalmente, no se ha establecido ningún tipo de estrategia para promover la asistencia a psicoterapia en los residentes de Psiquiatría.

Mientras tanto, para mí, la automedicación articula la doble negación de roles en los médicos/cas residentes, es decir, rol de enfermo y rol de paciente, la asistencia a psicoterapia implicaría la aceptación de ambos roles. Si bien es cierto que entre residentes se escuchan, y comparten sus problemas, e incluso llegan a mencionar que se dan terapia, la realidad es que no es ofrecida de manera profesional, sino como un gesto de camaradería y apoyo. Asistir con otro profesional de la salud mental, en un lugar distinto a la institución (INNN), hace pensar a varios residentes que los podría exponer al sufrir el estigma de padecer un trastorno en su salud mental que, según los propios residentes, se encuentra asociado a connotaciones de debilidad, mediocridad, improductividad e insuficiencia para lidiar con las exigencias de la residencia médica, características que son despreciadas por la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), que promueve valores contrarios, como la resistencia, el rendimiento y a la productividad, aún a costa de la salud propia. Por consiguiente, un escaso número de médicos/cas residentes asisten a psicoterapia al mismo tiempo que se auto-medican con psicofármacos, siendo más frecuente según ellos, la auto-medicación de psicofármacos de manera aislada. Esta situación plantea el escenario de incorporar institucionalmente a la psicoterapia como parte del esquema formativo de los residentes de Psiquiatría. Esto último no significa que la asistencia a psicoterapia sea la panacea ni la única vía para mejorar la salud mental del residente, pero sí una opción considerada como útil y necesaria por los propios residentes y supervisores, quienes, al menos discursivamente.

Para comprender cómo la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014) incide en las estrategias y prácticas que llevan a cabo los residentes para cuidar su salud mental, en el capítulo IV, propongo la existencia del síndrome del superhéroe.

Recordemos que la cultura organizacional biomédica (Muñoz 2014) puede ser entendida como las representaciones, discursos y prácticas institucionalizadas que promueven dentro del campo social de la residencia médica, la reproducción de determinados habitus (Bourdieu, 1997) como sucede con la concepción de la salud funcional, (Nichter, 2016) que promueve valores como la resistencia y la productividad frente a la adversidad, aun en detrimento de la salud propia. Esto

último refuerza el estigma de que una salud mental deteriorada está ligada intrínsecamente a ser débil, mediocre e incapaz de aguantar, rendir, y egresar como médico especialista.

La promoción de este habitus (Bourdieu, 1997) de la resistencia y del exceso de productividad dentro de la residencia médica, contribuye a la formación de un fenómeno cultural narcicista sobre-compensador de la debilidad propia que yo denomino como síndrome del superhéroe. Este síndrome no es más que un *cultural-bound syndrome*²⁹ o síndrome culturalmente delimitado, entendido como un conjunto de fenómenos culturales y no individuales, como el rechazo a la adopción de ciertos roles como el rol del enfermo o el del paciente en los residentes, como si fueran incompatibles con el rol del médico. Aunado a esto, en el síndrome del superhéroe también se expresa la necesidad de siempre priorizar la atención a la salud de un otro, considerado como más vulnerable, habitualmente el paciente. Ante la negativa para asumir tanto el rol de enfermo, como el rol de paciente, de manera frecuente se perpetúa el empleo de estrategias y prácticas de autoatención. En el caso de los médicos residentes, algunas prácticas de autoatención muchas veces rompen el paradigma de atención biomédica psiquiátrica que ellos ofrecen a sus propios pacientes, como sucede con la auto-medicación vía psicofármacos sin supervisión, donde el residente puede utilizar medicamentos para atender problemas de salud mental propios distintos a la finalidad original del psicofármaco, también pueden realizar mezclas de medicamentos que pueden llegar a interactuar de manera perjudicial para su salud, o bien, cambiar la dosis, su frecuencia y las marcas de medicamentos de distintos laboratorios acorde a disponibilidad del psicofármaco, situaciones que ellos indican, no replicarían con sus pacientes. Los residentes consultados dicen tener el conocimiento suficiente sobre psicofármacos, pero varios de ellos refirieron no estar seguros de que todos los residentes estén capacitados para controlarlos cuando es vía la auto-medicación. Incluso para muchos de ellos, existe un exceso de confianza entre residentes de Psiquiatría respecto a la auto-medicación vía psicofármacos, lo que para ellos podría poner en

²⁹ Conjunto de fenómenos o estructuras de la personalidad que responden a patrones culturales y parecen mostrar una especificidad y localización determinados. (Martínez-Hernández, 2008: 63).

riesgo su salud y hasta la misma relación médico-paciente. Además, según los propios residentes, algunos otros ejemplos de prácticas de autoatención en específico son: El consumo desmedido de alcohol, tabaco y de otro tipo de sustancias adictivas, como drogas ilícitas y los ya mencionados psicofármacos.

El síndrome del superhéroe, no solo es efecto de la cultura organizacional biomédica (Muñoz, 2014), sino también es consecuencia del narcisismo de la sociedad occidental contemporánea. Para el filósofo Byung-Chul Han (2017) la sociedad actual busca de manera incesante el alcanzar un máximo nivel de rendimiento sin alteraciones como sucede con los residentes de Psiquiatría, donde se utiliza el dopaje con el objetivo de funcionar mejor. “Ahora no solo el cuerpo, sino el ser humano en su conjunto se convierte en una máquina de rendimientos, cuyo objetivo consiste en el funcionamiento sin alteraciones y en la maximización del rendimiento”. (Han, 2017: 68).

No solo Han (2017) aborda el narcisismo como manifestación cultural de la sociedad occidental. Para Pau Pérez-Sales (2001) el narcisismo es una nueva psicopatología del post-modernismo y del capitalismo del siglo XXI. Para Pérez-Sales (2001) el narcisismo es un síndrome culturalmente delimitado del mundo occidental, que se puede ver expresado en muchos de sus líderes quienes tienen características fundamentales, como “...tener dificultades en aceptar críticas o nueva información que contradiga sus esquemas” (Pérez-Sales, 2001:7). Y el mismo autor abunda respecto al riesgo de una personalidad narcisista, “...puede ser excesivamente optimista respecto a sus posibilidades de éxito y minusvalorar al adversario o a los riesgos”. (Pérez-Sales, 2001:7).

El síndrome del superhéroe no es un rasgo individual de la personalidad, sino la expresión de un narcisismo cultural que reconstruye la identidad del propio médico y por consiguiente permea en sus relaciones interpersonales y en su relación médico-paciente. En el síndrome del superhéroe, se manifiestan al menos los siguientes fenómenos: 1) Necesidad de resistir y mantenerse funcional en las actividades y roles desempeñados a pesar de tener una salud mental deteriorada (negación del rol de enfermo). 2) Elegir auto-atender su salud mental, lo que a su

vez implica el descartar la recomendación e intervención directa de otros profesionales de la salud mental con la convicción narcisista de que uno mismo goza del conocimiento y herramientas adecuadas y suficientes para tratar la sintomatología (negación del rol de paciente). 3) Poseer la firme convicción de que otros sujetos, significados como más vulnerables, deben ser atendidos primero que uno mismo en cuestión de salud mental; en este caso, los pacientes.

A lo largo de estas conclusiones y reflexiones finales, considero haber explorado exitosamente el problema de investigación aquí planteado, y a su vez, encontrado hallazgos que permiten dar posibles explicaciones, aunque aún exploratorias y parciales, respecto a cómo es la salud mental de los residentes según ellos mismos, cómo la significan y qué estrategias y prácticas utilizan para cuidarla y/o descuidarla durante la especialidad. En cuanto a los objetivos, considero que tanto los generales como los específicos encontraron eco en los datos empíricos recabados y en la discusión teórica generada. Más adelante pretendo retomar esta misma tesis para impulsar nuevas investigaciones que me permitan profundizar en algunas de las aproximaciones aquí vertidas, como sucede con la propuesta del síndrome del superhéroe.

5.2 RECOMENDACIONES AL INNN Y PARA PRÓXIMAS INVESTIGACIONES

Conforme a lo expuesto y discutido en esta investigación, parto de la necesidad de hacer de esta tesis de antropología médica, no solo una aportación que enriquezca la producción académica, sino de encaminar los hallazgos hacia una posible aplicación para beneficio de los actores implicados, las instituciones de salud y las próximas políticas públicas en materia de salud.

Por lo anterior, y consciente de los propios límites de esta investigación al haber sido un acercamiento meramente exploratorio al tema, enclavado en una tesis de maestría, me gustaría compartir algunas recomendaciones muy puntuales para la institución que amablemente me abrió sus puertas para la realización de este proyecto de maestría. Así pues, las siguientes recomendaciones podrían fungir

como inspiración para futuras investigaciones de quienes estén interesados en aproximarse al tema del cuidado de la salud mental de aquellos profesionales de la salud abocados a comprender el complejo mundo de la mente humana.

5.3 RECOMENDACIONES AL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL INNN

Para futuras investigaciones:

- Si bien es cierto que los supervisores de los médicos/cas residentes manifestaron su preocupación por el tema de la auto-medicación al considerarla como una práctica ciertamente peligrosa que podría salirse de control entre los residentes de Psiquiatría, la realidad es que hasta el momento no existen investigaciones ni cualitativas ni cuantitativas al interior del instituto que permitan conocer la dimensión real de la práctica. Sería importante conocer no solo su incidencia y prevalencia, sino los motivos que subyacen a la práctica y el tipo de psicofármacos mayormente utilizado, así como las principales vías de acceso para conseguir dichos medicamentos y por supuesto, las consecuencias físicas y mentales derivadas del consumo de psicofármacos mediante la auto-medicación.

Protocolos de selección e ingreso:

- A razón de la perspectiva de los residentes consultados, los filtros de ingreso del INNN, tendrían que evaluar de manera más exhaustiva la salud mental de todos los candidatos no solo como criterio de selección, sino para brindar un mejor seguimiento al residente una vez que haya ingresado a la residencia y durante el tiempo que se encuentre inscrito en la especialidad. Esto podría articularse con la siguiente recomendación respecto a fomentar la asistencia a psicoterapia desde el inicio de la especialidad como una estrategia para controlar y/o reducir la auto-medicación de psicofármacos, y el empleo de sustancias adictivas.

Programas de cuidado a la salud mental:

- La asistencia a psicoterapia (ya sea de enfoque psicoanalítico, cognitivo-conductual, Gestalt u otros) no tendría que ser obligatoria durante la especialidad psiquiátrica como coinciden tanto residentes como supervisores; sin embargo, el exhorto para acudir a psicoterapia tendría que partir de una convicción institucional y no solo limitarse al consejo de algunos supervisores. Si bien la obligatoriedad de la asistencia a psicoterapia representaría una imposición que de poco serviría para los residentes en términos terapéuticos, lo cierto es que la institución debería de facilitar de manera estructural la asistencia a psicoterapia mediante alternativas como la gestación de convenios interinstitucionales, descuentos, prestaciones laborales, becas, y, sobre todo, mediante espacios de tiempo claramente establecidos dentro la agenda formativa de los residentes, que estén exclusivamente destinados a la asistencia a psicoterapia. Es decir, abrirles un espacio de tiempo semanal o mensual en su cronograma de actividades, para que los residentes puedan acudir a psicoterapia si así lo desean.

Vivir dentro del instituto:

- En cuanto a vivir dentro del espacio que ofrece el INNN, la mayoría de los residentes consultados, reconoció lo práctico de encontrar un espacio que habitar por una cantidad tan baja como lo son \$500 pesos de renta al mes. No obstante, quienes hacen uso de dicha prestación, reconocen algunas falencias que, de ser resueltas, podrían mejorar sustancialmente la calidad de vida de todo residente que decida esta opción. En primer lugar, se podría generar una estrategia para que, en el mediano plazo, se puedan adecuar o construir habitaciones individuales para residentes que deseen mayor privacidad durante su estancia en la residencia. Esto a raíz de la perspectiva de los propios residentes consultados, quienes aseveraron que ésta es una de las principales incomodidades de vivir bajo esta modalidad. Otro argumento se sitúa en mejorar la capacidad e infraestructura de los espacios

compartidos, ya sean baños, cocina y área de lavado, considerando que, según los residentes consultados, es probable que, al momento, la población actual supere la capacidad que ofrecen dichos espacios.

Comunicación y transparencia institucional:

- Finalmente, si bien el paradigma formativo de los residentes de Psiquiatría y de otras ramas de la Medicina biomédica, indica que durante la especialidad se adquiera un rol dual entre lo académico y lo laboral, considero que el instituto podría ofrecer más y mejor información respecto al contrato que tienen los residentes como prestadores de servicios profesionales. Así también, los residentes podrían conocer de manera más transparente y expedita sus derechos y obligaciones como figura liminal. Esto podría incluir mayor información sobre los horarios y prestaciones laborales, el incremento de la beca por cada año de la residencia, así como posibles retrasos en los primeros pagos durante el primer año. Al momento, tampoco existen campañas de comunicación interna para asesorar a los propios médicos/cas residentes sobre el riesgo de auto-medicarse y reiterar la necesidad de poder apoyarse en otros profesionales de la salud mental al momento de sentir que su salud mental se ha deteriorado lo que podría lograrse con una mejor comunicación institucional.

Estructura del programa formativo:

- En términos de salud mental y a raíz de la perspectiva de los propios residentes consultados, las guardias en Neurología para los residentes del primer año de Psiquiatría podrían iniciarse hasta el segundo año formativo. Esto, toda vez que, a razón de las entrevistas efectuadas, si bien los residentes reconocieron la importancia de conocer y exponerse a casos neurológicos y/o neuro-psiquiátricos para fortalecer su conocimiento biomédico, un importante número de residentes refirió que el choque transdisciplinario al que son sometidos en el primer año, genera mucho estrés,

ansiedad y depresión. Los residentes consideraron que, en el primer año, no solo no están preparados para contribuir con los neurólogos en la atención de los casos, sino que se sienten confundidos respecto al aprendizaje de su disciplina. Además, los médicos residentes de Psiquiatría de primer año, se sienten intimidados por neurólogos y neurocirujanos quienes subestiman y menosprecian al residente de primer año de Psiquiatría aprovechándose de su jerarquía médica. Esto último fue, según los residentes consultados, un factor determinante que contribuye al deterioro de su salud mental durante el primer año de la residencia. Esta situación de alguna manera se replica en el caso de los residentes de segundo año, quienes sostienen sentirse abandonados por los residentes de tercer año y adscritos, cuando tienen que decidir sobre los internamientos. Por lo que, en este caso en específico, la recomendación puntual sería incrementar la presencia y asesoramiento de los residentes de tercer año respecto a la toma de decisiones sobre el internamiento de pacientes psiquiátricos.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ SOUZA, ANTONIO

1996, *El constructivismo estructuralista. La teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu*. Reis. 75/96 pp.145-172, retomado a través de: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_075_08.pdf última visita el 20 de mayo de 2019.

ANDERSON, PAULINE

2018, *Physicians Experience Highest Suicide Rate of Any Profession*, Medscape Medical News, retomado a través de: https://www.medscape.com/viewarticle/896257#vp_2 última visita el 17 de julio de 2019.

ARENAS MONREAL, MARÍA DE LA LUZ

2003, *El Autocuidado en los Profesionales de la Salud*, tesis de doctorado, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, México.

ARIAS, CARLOS FRANCISCO

2011, *Jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes. Consecuencias para la salud y afrontamiento*, Fundamentos en Humanidades, Sin mes, pp. 205-217, Universidad de San Luis, Argentina.

BARRETT, ROBERT

1996, *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia: An Anthropological Study of Person and Illness*, Studies in Social and community psychiatry, Cambridge University Press, Cambridge, G.B, Nueva York, Estados Unidos y Melbourne, Australia.

BLACHLY, PAUL, DISHER, WILLIAM y RODUNER, GREGORY

1968, *Suicide by physicians*, Bull. Suicidol, pp. 1-18.

BOURDIEU, PIERRE

1997, *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama, Barcelona, España.

DE LA CRUZ, CARLOS, COROMINAS, A y SARRÓ, B

1988, *El suicidio en la profesión médica: revisión bibliográfica*, Monografías Médicas Jano, 2 (nº 9). Psiquiatría de la Facultad de Medicina, Barcelona, España, 4, pp. 211-212.

DESVIAT, MANUEL

2006, *La antipsiquiatría: Crítica a la razón psiquiátrica*. Norte de Salud Mental nº 25 pp. 8-14.

EY, HENRI y BERNARD, PAUL

1995, *Tratado de Psiquiatría*, Elsevier, España.

FREIDSON, ELLIOT

1977, *La profesión médica*, Editorial Península, Barcelona, España.

FRIDLENDERIS, MARCELO y LEVY, ALEJANDRA

2004. *Consideraciones psicodinámicas en la práctica clínica psiquiátrica*, Revista de Psiquiatría del Uruguay, volumen # 68 Nº 1, Uruguay, pp.43-54.

FREYERMUTH, GRACIELA

1994, *Estrés y fatiga en médicos residentes de Posgrado del Hospital General (SSA) de Cd. Nezahualcóyotl*, reporte de investigación, UAM Xochimilco, México.

GOFFMAN, ERVING

2006, [Ed. original 1963]), *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, Argentina.

HAN, BYUNG-CHUL

2017, *La sociedad del cansancio*. Herder Editorial, Barcelona, España.

INHORN, MARCIA CLAIRE & WENTZELL, EMILY

2012, *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms and Futures*. Duke University Press, Estados Unidos.

KANGAS, ILKA

2001, *Making sense of depression: perceptions of melancholia in lay narratives*. University of Helsinki, Helsinki, Finlandia. Vol 5(1): pp.76–92.

KELLER, MARTIN, ET AL

2000, *A comparison of nefazodone, the cognitive behavioural-analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression*, New England, J.Med;342(20) pp.1462-1470.

KLEINMAN, ARTHUR

1980, *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, Berkeley (CA), University of California Press, Estados Unidos.

KLEINMAN, ARTHUR y GOOD, BYRON

1985, *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, University of California Press, Berkeley, Estados Unidos.

KLEINMAN, ARTHUR, DAS, VEENA y LOCK, MARGARET

1997, *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press, Estados Unidos.

KOKANOVIC, RENATA, ET AL

2013, *Maps, Models, and Narratives: The Ways People Talk About Depression*, *Qualitative Health Research*, 23(1), pp.114–125.

KUHN, INGRID

2006, *Síndrome de desgaste profesional. Frecuencia, factores de riesgo y comorbilidad en residentes de un hospital de tercer nivel*, tesis de la especialidad de Pediatría, Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

MARTÍNEZ-LANZ PATRICIA, MEDINA-MORA, MARÍA ELENA y RIVERA, EDITH

2005, *Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes*. *Revista Facultad de Medicina UNAM* # 48, pp.191-197.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, ÁNGEL

2000, *What's behind the symptom? On Psychiatric Observation and Anthropological Understanding*. Editorial Routledge.

2006, *Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la Psiquiatría cultural*. Cad. Salud Pública, Rio de Janeiro, Brasil 22(11). pp. 2269-2280.

2008, *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Anthropos Editorial Rubí, Barcelona, España.

MENÉNDEZ, EDUARDO

2005, *Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos*, Rev. Antropol. Soc. [Internet], retomado a través de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801402> última visita el 12 de junio de 2019.

2016, *Yucatán revisitado: Reflexiones sobre aspectos teóricos y metodológicos inconclusos*, número 267 de la revista de la Universidad Autónoma de Yucatán.

MINGOTE, JOSÉ CARLOS, ET AL

2013, *Prevención del suicidio en médicos*, Med. Secur. Trab. Volumen 59 # 231, Madrid, España. Abril/Junio, retomado a través de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000200002 última visita el 25 de abril de 2018.

MUÑOZ, RUBÉN

2014, *Propuestas interculturales de intervención sanitaria: de la praxis antipsiquiátrica en el ámbito asociativo, a la consulta etnopsiquiátrica en un hospital de Bruselas*. En Brigidi, S., y Comelles, J. (Comps.) *Locuras, cultura e historia*, Tarragona, España, Universidad Rovira y Virgili, pp. 173-196.

2015, *Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: Encuentros y transgresiones en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural*. Desacatos. N. 48. pp. 14-31.

LAPLANCHE, JEAN y PONTALIS, JEAN BERTRAND

1996, *Diccionario de Psicoanálisis*, traducción Fernando Gimeno Cervantes, Editorial Paidós, Barcelona, España.

NICHTER, MARK

2006, *Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica*, *Desacatos*, (20), pp.109-132, retomado a través de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2006000100005&lng=es&tlng=es última visita el 17 de marzo de 2019.

OSORIO, ROSA MARÍA

2001, *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. CIESAS: INAH:INI, México.

RICHARDSON, VESTA

2006, *Y a nuestros residentes ¿quién los cuida?* Boletín Médico del Hospital Infantil de México 63. pp.155-157.

ROBINS, LEE y HELTZER, JOHN

1986, *Diagnosis and clinical assessment. The current state of psychiatric diagnosis*, *Annual Review of Psychology*, 37, pp.409-432.

ROSE, K. DANIEL, y ROSOW, IRVING

1973, *Physicians who kill themselves*, *Archives General Psychiatry* 29: 800.

RYLKO-BAUER, BARBARA, WHITEFORD, LINDA y FARMER, PAUL
2009, *Global Health in Times of Violence*, Santa Fe: School for advanced research Press, Estados Unidos.

Pang, KEUM

1998, *Symptoms of depression in elderly Korean immigrants: Narration and the healing process*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, pp. 93–122.

PÉREZ CRUZ, ELIZABETH

2006, *Síndrome de burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes*. *Revista Medicina Interna México* #22, pp. 282-286.

PÉREZ-SALES, PAU

2001, *¿El narcisismo que nos a-cosa?* Reflexiones sobre un cultural-bound trait. *Originales y Revisiones, Siso/ Saude* 35.

PETTIGREW, ANDREW

1979, *On Studying Organization Cultures*. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 570-581.

ROSALES, JAVIER, GALLARDO, RICARDO, y CONDE, JOSÉ MANUEL

2005, *Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México*, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10, pp. 25-36.

SCHUTT, BERNARDO

2002, *Las psicoterapias psicoanalíticas y la Psiquiatría dinámica*. *Originales y Revisiones*. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*.

TURNER, VICTOR

1988, *El proceso ritual. Estructura y antiestructura*, Taurus, Madrid, España.

TYSSEN, REIDER y VAGLUM, PER

2002, *Mental health problems among young doctors*, Harvard Magazine, Psychiatry, 10, pp. 154-165.

VAN DER HEIJDEN, FRANK, ET AL

2008, *Suicidal Thoughts Among Medical Residents with Burnout*. Archives of Suicide Research 12, pp. 344-346.

VÁSQUEZ, ADOLFO

2011, *Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental*, y crítica de la 'razón psiquiátrica', en Psikeba, Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales, ISSN 1850-339X, N° 2, Buenos Aires, Argentina.

VELÁZQUEZ, ARTURO

2017, *Suicidio y depresión en estudiantes de Medicina en México*, Revista digital Vice México, retomado a través de: https://www.vice.com/es_mx/article/mbjmz3/suicidio-en-estudiantes-y-residentes-de-medicina-en-mexico última visita el 04 de agosto de 2019.

VICENCIO, DANIEL

2018, Tesis de doctorado. Llevando la ciencia al cerebro, desarrollo y profesionalización de la Neurología en México de 1930 a 1964. UNAM, 2018.

WILKIS, ARIEL

2004, *Apuntes sobre la noción de estrategia en Pierre Bourdieu*, Revista Argentina de Sociología, pp.118-130, retomado a través de: <http://www.redalyc.org/pdf/269/26920307.pdf> última visita el 23 de noviembre de 2018.

WOLFBERG, ELSA

2002, *La salud de los profesionales de la salud: riesgos y prevención*, Prevención en Salud Mental, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina.

ELECTROGRAFÍA

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, APA

2019, *Superando la depresión*, retomado a través de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/trastornos-depresivos> última visita el 02 de junio de 2019.

2019, *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*, retomado a través de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento> última visita el 02 de junio de 2019.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DEL SUEÑO, ARSE НарСО

2019, *Narcolepsia*, Asociación Española del Sueño. Retomado a través de: <http://asenarco.es/narcolepsia/> última visita el 13 de mayo de 2019.

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, CIFRHS

2018, Secretaría de Salud, retomado a través de: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2018/E42_plazas_mex_lugares_ext_2018.pdf última visita el 18 de marzo de 2019.

2018, Secretaría de Salud, retomado a través de: http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2018/E42_puntajes_max_min_2018.pdf última visita el 18 de marzo de 2019.

GOBERNACIÓN, MÉXICO

2019. Datos Abiertos del Gobierno de la República, retomado a través de: <https://datos.gob.mx/busca/organization/innn> última visita el 29 de mayo de 2019.

DEFINICIÓN ABC.COM

2019, Definición ABC.com, retomado a través de <https://www.definicionabc.com/salud/guardia.php> última visita el 18 de marzo de 2019.

EL FINANCIERO

2019, *¿Cómo se distribuye el ingreso en México?* El Financiero, retomado a través de: <https://www.elfinanciero.com.mx/economia/como-se-distribuye-el-ingreso-en-mexico-enigh> última visita el 31 de mayo de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER

2019, *Definición de sustancia controlada*, Instituto Nacional del Cáncer, retomado a través de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/sustancia-controlada> última visita el 13 de mayo de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA, INEGI

2014, Estadísticas a propósito del día de médico, (23 de octubre) Datos Nacionales, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), retomado a través de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2014/medico0.pdf> última visita el 31 de mayo de 2019

2019, *Áreas Geográficas*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) retomado a través de: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/#> última visita el 29 de mayo de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA “MANUEL VELASCO SUÁREZ”, INNN

2016, *Informe Anual 2016*. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) retomado a través de:

http://www.innn.salud.gob.mx/descargas/transparencia/informe/informe_anual_2016.pdf última visita el 29 de mayo de 2019.

2018, *El Instituto*, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Manuel Velasco Suárez”, retomado a través de:

<http://www.innn.salud.gob.mx/interna/instituto/instituto.html> última visita el 29 de mayo de 2019.

ISSSTE SONORA, ISSSTESON

2016, *Servicios Médicos del Derechohabiente*, ISSSTE de Sonora, Gobierno del Estado de Sonora, retomado a través de:

<http://www.isssteson.gob.mx/index.php/subdirecciones/medica/serviciosmedicos> última visita el 20 de marzo de 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, OMS

2013, *Salud Mental*, Organización Mundial de la Salud retomado a través de: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ última visita el 18 de marzo de 2019

2019, *Trastorno Mental*, retomado a través de: https://www.who.int/topics/mental_disorders/es/ última visita el 05 de julio de 2019.

2019, *Salud Ocupacional*, retomado a través de: https://www.who.int/occupational_health/publications/stress/es/ última visita el 03 de junio de 2019.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, UNAM
2019, *Especialidades*, Facultad de Medicina. División de Estudios de Posgrado,
retomado a través de: <http://www.fmposgrado.unam.mx/especialidades/que-est.html> última visita el 21 de marzo de 2019.

MATERIAL ANEXO

GUÍA DE ENTREVISTA A MÉDICOS/CAS RESIDENTES

I. TRAYECTORIA FORMATIVA DE ESPECIALIZACIÓN

¿Qué significa estudiar una especialidad? ¿En el INNN?

¿Desde cuándo quiso convertirse en psiquiatra?

¿Qué le impulsó a estudiar la especialidad en Psiquiatría?

¿Qué piensan los que lo rodean sobre su decisión de estudiar la especialidad en Psiquiatría?

¿Qué es lo más desafiante de especializarse como médico psiquiatra?

¿Qué es lo que más grato de estudiar una especialidad como Psiquiatría?

II. SALUD, RENDIMIENTO, AUTOATENCIÓN

¿Qué significa para usted la salud?

¿Considera que se alimenta adecuadamente durante la residencia? ¿Cómo se alimentan y a qué horas? ¿Dónde y por qué eligen esos lugares?

¿Considera que duerme adecuadamente?

Durante su estancia en el INNN, ¿en algún momento descansan? De así hacerlo, ¿en qué momentos, en qué lugares y por cuánto tiempo?

¿Hace deporte o se ejercita?

¿Qué actividades realiza al salir del INNN? ¿Qué lugares frecuenta?

¿Considera que tiene una vida social satisfactoria?

¿Le gustaría hacer más actividades? De ser así, ¿qué otras actividades realizarían?

¿Considera que usted goza de una buena salud?

¿Considera que usted goza de una buena salud mental?

¿Ha visto transformada su salud, y en específico su salud mental de cuando comenzó la especialidad a la actualidad?

¿Considera que otros colegas tienen problemas de ansiedad, estrés o depresión?

¿Cómo lo manifiestan ellos y ellas o usted cómo lo reconoce?

Si se ha sentido ansioso, deprimido o estresado durante la residencia médica.

¿Qué situaciones lo generan? ¿Cómo le hace frente y cómo lo soluciona?

¿Cómo le afecta a usted la enfermedad o muerte de un paciente? ¿Qué hace al respecto?

¿Qué estrategias emplea para prevenir la ansiedad, el estrés o la depresión durante la residencia médica?

¿En caso de sentirse mal (ansioso, estresado o deprimido) usted busca ayuda?

De ser así, ¿a quién acude?

¿Consulta a otros profesionales de la salud en caso de sentirse mal? ¿Se autoprescribe medicamentos? ¿De qué tipo?

¿Bebe alcohol o fuma? ¿Con qué frecuencia? ¿Por qué lo hace? ¿Desde cuándo y en qué momento empezó a hacerlo?

¿Ha consumido algún tipo de droga durante la residencia? ¿Lo hizo por recreación o remedio frente a las tensiones de la propia residencia?

¿Cree que usted y otros residentes están en óptimas condiciones para ejercer la profesión?

III. HORAS LABORALES, RENDIMIENTO, RELACIONES Y VIOLENCIA

¿Cuántas horas trabaja al día? ¿Qué opina de los horarios?

¿Usted se considera un trabajador o un estudiante? En caso de ser ambas, ¿qué opina al respecto?

¿Considera que se privilegia el rendimiento y productividad en detrimento de la salud durante la residencia médica?

¿Se siente apoyado por sus amigos, familia o por el INNN durante la residencia?

¿Cómo es su relación con otros residentes? ¿Hay tensiones? ¿Cómo se solucionan?

¿Cómo son las relaciones entre hombres y mujeres residentes? ¿Existe algún tipo de violencia? ¿Cómo hacen frente?

¿Ha sufrido algún tipo de mobbing, acoso o violencia durante la residencia? ¿Por parte de quién y qué hizo al respecto? En caso de no haberlo sufrido, ¿sabe de algún(a) colega que lo haya vivido? ¿Qué hizo al respecto?

IV. SUICIDIO

¿Qué opinión tiene del suicidio?

¿Ha escuchado a sus colegas residentes hablar sobre el suicidio?

¿Usted ha tenido pensamientos suicidas durante su formación como médico o en específico durante la residencia médica?

¿Qué haría si algún compañero o compañera de la residencia le dijera que ha tenido pensamientos suicidas o que intentó suicidarse?

¿Qué opina sobre el suicidio en el gremio médico como un problema de salud pública?

GUÍA DE ENTREVISTA A SUPERVISORES DE MÉDICOS/CAS RESIDENTES

Partiendo del hecho de que usted pasó por la residencia médicas, en este o quizá otra institución, aunado a su actual rol como autoridad docente en esta institución...

I. FORMACIÓN

¿Por qué cree que eligen los residentes de Psiquiatría dicha especialidad?

¿Cuál considera que es el mayor desafío y más grande satisfacción de un residente de la especialidad en Psiquiatría durante su formación?

¿Los médicos residentes son trabajadores o estudiantes? ¿Cuál es su impresión al respecto?

En términos generales, ¿cómo definiría cada año de la residencia en Psiquiatría? ¿qué diferencias existen?

¿Al ser este un Instituto Nacional, se genera una presión adicional en los residentes durante la especialidad?

II. SALUD

¿Cómo piensa que perciben los médicos residentes la salud y la salud mental?

¿Cree usted que los médicos residentes de Psiquiatría gozan de buena salud?

¿Comen bien, duermen bien y llevan una vida social satisfactoria?

¿Qué dinámicas considera que perjudican la salud del médico residente durante su formación?

¿Cómo es la relación entre médicos residentes de distintos años? Si existen tensiones o conflictos, ¿cómo se resuelven?

¿Considera que los residentes tienen problemas de ansiedad, estrés o depresión?

¿Cómo lo manifiestan ellos y ellas o usted cómo lo reconoce?

¿Considera que durante la residencia se tiende a privilegiar el aprendizaje y rendimiento en detrimento de la propia salud del médico?

III. ESTRATEGIAS DE AUTOATENCIÓN Y EL TEMA DEL SUICIDIO

¿Qué estrategias de autoatención o autocuidado ha observado en los residentes para preservar la salud? ¿Qué hacen frente al burnout? ¿Cree usted que lo hacen para velar por su salud o para potenciar la resistencia frente a las exigencias de la residencia?

¿Qué opinión tiene de la automedicación entre residentes de Psiquiatría?

¿Qué clase de estrategias de acompañamiento brinda el INNN al médico residente de Psiquiatría para proteger su salud mental durante la especialidad?

¿Es el suicidio un problema entre residentes de Psiquiatría alrededor del mundo?

¿En el INNN? ¿Hay alguna estrategia de prevención?

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS RESIDENTES QUE VAN A
PARTICIPAR EN ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA CIESAS – CDMX**

Título del Proyecto de Investigación: La autoatención en salud mental por los médicos/cas residentes de Psiquiatría del INNN durante su trayectoria de formación en la especialidad.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Con la aprobación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía a través del departamento de investigaciones clínicas, y con apoyo del Laboratorio de Violencia y Género, mediante la aprobación de la Dra. María Alejandra Sánchez Guzmán, se está realizando un estudio de investigación para aprender más sobre la salud mental y la autoatención de los médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría que pertenezcan al segundo y tercer año de su etapa en la residencia médica.

Este estudio es una investigación a nivel maestría de Antropología Social y cuenta con el apoyo de una beca por parte del CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) y del CIESAS, Centro de Investigaciones y de Estudios Superiores de Antropología Social. Se le ha pedido a usted, tomar parte en este estudio debido a su conocimiento personal o profesional del como médico/ca residente de la especialidad en Psiquiatría del segundo o tercer año de la residencia inscrito en el INNN. A aproximadamente 10 personas se les invitará a participar en esta fase del estudio.

Esta fase del estudio se llevará a cabo en el transcurso de 3 meses. Su participación en el estudio incluirá dos entrevistas que durarán entre una hora a una hora media.

PROCEDIMIENTOS

Ya que éste es un estudio de investigación, los procedimientos son experimentales. Si usted acepta participar, uno de los miembros de nuestro personal lo/la entrevistará en

dos ocasiones durante un lapso de 3 meses; la entrevista tendrá una duración de aproximadamente hora y media.

Durante la entrevista, se le preguntará sobre sus opiniones y experiencias personales relacionadas con el trabajo su experiencia como médico/ca residente de la especialidad en Psiquiatría en el INNN, su percepción acerca de su propia trayectoria formativa como médico especialista, también se le indagará si durante esta etapa formativa sufrido algún trastorno a su salud de manera general y de manera específica, si ha presentado algún problema de salud mental, (ansiedad, depresión, estrés crónico o *burnout*), y si aplica, se le preguntará si en algún momento durante la etapa de la residencia ha tenido ideas de suicidio o ha escuchado que otros compañeros y compañeras las hayan tenido. También se le preguntará sobre cómo se autoatiende cuando se siente enfermo, y, sobre todo, si busca otras fuentes de apoyo o ayuda. También podría preguntársele si aplica, sobre cómo hace frente a momentos de ansiedad, estrés o incluso depresión durante la residencia, y qué conocimientos, saberes y estrategias lleva usted a cabo para solucionar el problema. También podría preguntársele sobre el empleo de la automedicación, y/o consumo de sustancias adictivas, bebidas alcohólicas y estupefacientes o narcóticos (legales o ilegales). Si aplica, también es posible que se le pregunte acerca de su historia migratoria, las diferentes experiencias laborales que ha tenido, el acceso a la atención médica, y el conocimiento que usted tiene sobre salud mental.

Se utilizará esta información solo como parte de este estudio de investigación sobre la salud y no se compartirá la información para fines de otros proyectos. De igual manera, no se solicitará ninguna información sobre los nombres, ni las características de las personas mencionados. Usted no tiene que contestar ninguna pregunta que no desee contestar.

La entrevista será grabada en audio. El grabar la entrevista nos permitirá dedicar más tiempo al escuchar sus respuestas y contestar sus preguntas durante la entrevista en lugar de tomar apuntes, ya que podremos repasar sus respuestas otra vez después de la entrevista. No se identificará su nombre en las grabaciones en audio ni en los apuntes.

Usted puede pedir que se detenga la grabación en cualquier momento o para borrar porciones de y/o la grabación entera. Los audios serán destruidos a los 90 días de haber sido procesadas.

Usted da ____ (SÍ), o NO da ____ (NO) su autorización para ser grabado/a en audio. (iniciales):____

RIESGOS/INCOMODIDADES

No hay riesgos físicos por la participación en este estudio. El riesgo principal es en cuanto a su privacidad porque estará contestando preguntas personales o proporcionando su opinión. Aunque en ningún punto se le harán disponibles los resultados o las respuestas individuales a personas ajenas al estudio, y los formularios y las grabaciones no tendrán su nombre, existe la posibilidad de que alguien descubra que usted ha participado en este estudio. Es su decisión si les dice o no a otras personas que usted ha tomado parte en este estudio. También, registros del estudio podrían ser revisados por los Comités de Ética del INNN y en el CIESAS (Centro de Investigaciones y de Estudios Superiores en Antropología Social) como parte de su supervisión del cumplimiento de este estudio con normas éticas.

Podría haber preguntas que le podrían parecer difíciles de contestar o que podrían incomodarle. Usted puede negarse a contestar cualquier pregunta que no desee contestar. El entrevistador intentará contestar las preguntas que usted tenga y atenderá cualquier preocupación que tenga sobre cualquier parte de la encuesta.

Ya que éste es un estudio de investigación, los métodos podrían implicar riesgos que actualmente son inesperados.

COMPENSACIÓN

No existe una compensación para usted por participar en este estudio.

BENEFICIOS

No hay beneficios directos para usted por participar en este estudio. Sin embargo, su participación en este estudio podría ayudarnos a aprender más acerca sobre las residencias médicas, y sobre trastornos a la salud mental. Esperamos usar esta información para informar a los legisladores de maneras de cómo mejorar el proceso formativo durante la residencia médica, las condiciones de trabajo, desestigmatizar los trastornos y enfermedades de salud mental y mejorar las estrategias de prevención y atención de trastornos y enfermedades mentales entre médicos/cas residentes de la especialidad en Psiquiatría y otras.

CONFIDENCIALIDAD

Sus experiencias y opiniones son personales. Se hará todo lo posible para proteger la confidencialidad de la información que usted proporcione. Para asegurar esto:

- * Todas las personas que trabajan en este estudio han sido capacitadas para respetar la privacidad de los participantes. Ellos nunca mencionarán lo que usted les haya dicho de tal manera que se le pueda identificar a usted.
- * Su nombre y otra información que pueda identificarle no aparecerán en ningún apunte, audio grabación o cualquier tipo de datos.
- * Este formulario de consentimiento será el único formulario con su nombre. Se guardará por separado de otros documentos del estudio.
- * Se guardará el formulario de consentimiento por 3 años después de analizar y describir los resultados finales del estudio y después de ese tiempo se lo destruirá por medio de incineración o con el uso de una trituradora de papel.
- * La identidad de los sujetos de investigación y sus respuestas son respetadas bajo la ley tanto mexicana. Nunca revelaremos que usted participó o cualquier otra información de su visita a nadie más hasta el punto permitido por la ley.
- * Las grabaciones en audio serán transcritas y podrían ser traducidas al inglés. Una vez transcritas, traducidas y verificadas, las grabaciones originales serán destruidas.

* Por ley, no podemos mantener confidencial cualquier amenaza que usted pueda hacer en contra de sí mismo/a o los demás.

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Gunther Adolfo Hasselkus Sánchez le ha explicado este estudio y ha contestado sus preguntas. Si tiene alguna otra pregunta o algún problema relacionado a la investigación, usted puede hablar confidencialmente con la Dra. María Alejandra Sánchez Guzmán responsable del Laboratorio de Violencia y Género dentro del INNN. Si le gustaría obtener información relacionada con los resultados generales del estudio, usted puede ponerse en contacto con los investigadores Dra. María Alejandra Sánchez Guzmán alesanguz@yahoo.com.mx

5606-3822 ext. 5022o con Gunther Adolfo Hasselkus Sánchez gasselsan33@gmail.com Celular: 55-32-71-03-09.

Es su decisión si participa en el estudio o no. La firma del consentimiento no implica la pérdida de los derechos individuales de acuerdo a las leyes locales de México. Usted puede dejar el estudio en cualquier momento. Si quisiera retirar su participación, puede hacerlo al informarle a cualquier miembro del personal del proyecto en persona o al comunicarse con la Dra. María Alejandra Sánchez Guzmán o con Gunther Adolfo Hasselkus Sánchez.

Si se retira del estudio se le preguntará si desea retirar su consentimiento para el uso de información suya que haya sido obtenida hasta ese punto. Podrá ver y sacarle una copia al registro de su participación en este proyecto.

Debido a la índole de la investigación científica, los investigadores también podrían retirarlo/a del estudio en cualquier momento.

Usted recibirá una copia de este documento de consentimiento y una copia de la “Declaración de Derechos de los Sujetos Experimentales” para quedarse con ellas si así lo desea.

Si acepta participar en este estudio, favor de firmar su nombre a continuación:

(Si el/la participante no puede firmar, firmará con una impresión de su huella digital y designará a otra persona para que firme su nombre por él/ella.)

Firma del sujeto (o su representante legal)

Fecha