

# Guía para trotamundos por la residencia de psiquiatría y psicología clínica: cómo ser residente sin dejar de pensar por un@ mism@

A. Fernández Liria<sup>a</sup> y M.X. García Álvarez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 (Madrid). Hospital Príncipe de Asturias. Profesor Asociado de la Universidad de Alcalá.

<sup>b</sup>Psiquiatra. Hospital Nova Santos. Ferrol.

El título de este trabajo puede parecer provocador. Pero no es más que descriptivo. En la era de la "medicina basada en la evidencia" (sabemos que "evidencia" significa "prueba" en un juicio, pero hay que reconocer que la traducción literal nos permite una mejor rotulación del papanatismo que, por lo general, se oculta tras esta idea), aprender la profesión significa incorporar los prejuicios atesorados por nuestros mayores, probablemente en interés de alguien, más que desarrollar un sistema desde el que pensar los desafíos planteados por la clínica o la salud pública.

Los programas de residencia son, con frecuencia, procedimientos de adoctrinamiento más que experiencias guiadas por personas con quien discutir las (que es lo que deberían ser). Los progresos en el sometimiento a las doctrinas con frecuencia puntúan para el currículo cuando se opta a un puesto de trabajo (aunque no sea en la Universidad, donde por lo general es lo único que puntúa).

Es el signo de los tiempos y ocurre no sólo en psiquiatría o psicología clínica.

La de este trabajo es una propuesta optimista. Se basa en la idea de que el actual sistema de formación, inteligentemente utilizado, permite no sólo sustraerse a la dinámica de adoctrinamiento, sino convertirlo en una oportunidad de desarrollo de un pensamiento crítico (más allá de los procedimientos de "lectura crítica" vinculado a la idea de la "medicina basada en... las pruebas" que todo residente debería aprender y al que, en este momento, puede acceder incluso desde los programas más comprometidos con la política de adoctrinamiento).

Se trata de una propuesta que ni es "evidente" ni tiene "pruebas" en las que basarse. Los griegos distinguían entre la vía de la "opinión" y la de la "verdad". Esta propuesta se sitúa inequívocamente en la vía de la opinión. Los autores pensaron que quienes, en esta materia, pretenden situarse en la verdad están rotundamente también en la opinión. La diferencia entre ellos y nosotros es que nosotros lo sabemos y no tenemos inconveniente en proclamarlo. Pero tampoco nos sentimos impelidos a callarnos por un sentido del pudor que no tenemos y que, a veces, nos exigen quienes, en cambio, son absolutamente impúdicos en la exhibición y en la exigencia de fidelidad a sus dogmas. Lo que sigue es, pues, algo que nuestra sesgadura, limitada y muy diferente experiencia nos ha permitido articular como una opinable propuesta. No hay "evidencia" que lo soporte.

## ANTES DE EMPEZAR (¿CÓMO PREPARAR EL VIAJE?)

### ¿Estás seguro de que quieres hacer esto?

Cuando un/a licenciado/a en medicina elige psiquiatría como la especialidad en la que se formará no tiene claro qué significa darle a

aquella tecla que vinculará una persona con un destino laboral. Los criterios utilizados en la selección pudieron ser muchos y seguro que muy diferentes para cada caso. A saber: ubicación, posibilidades de mejora en el ámbito académico, posibilidades de beneficiarse de un aprendizaje clínico, opinión de conocidos/as...

Cuando los futuros/as candidatos/as acuden, previa selección de "tour turístico", por los diferentes servicios las preguntas son variopintas; hay para quien lo más importante es saber cómo se llevan los residentes a escala intergrupala mientras que otros preguntan sobre las posibilidades de incorporación laboral en ese centro una vez terminada la residencia y alguno se interesa por las líneas metodológicas que podrían constituir el andamio de su aprendizaje de la especialidad.

Cuando la residencia empieza, todas las preguntas comienzan a condensarse en una y el sobrevivir del intelecto representa el objetivo. La pretensión de este artículo no es otra que aportar algunas ideas recogidas de un cuaderno de bitácora inédito para el futuro residente. La pregunta que se intenta contestar es: "¿cómo sobrevivir a la residencia en psiquiatría si se pretende disfrutar aprendiendo?"

En una época en la que la práctica de la medicina está progresivamente cada vez más protocolizada y, en esa misma medida, puede ser llevada a cabo con una mayor seguridad, existen buenas razones para que un médico no opte por la psiquiatría.

La protocolización en esta especialidad está en mantillas. Persisten aún procedimientos, a veces contradictorios, no sólo de tratar, sino incluso de entender los trastornos mentales. Allí donde ha conseguido un acuerdo sobre los modos de identificar los problemas, y más aún del de tratarlos, ha sido a costa de un devastador empobrecimiento de la mirada que se nos permite aplicar sobre ellos. Se trabaja, en gran medida, desde la incertidumbre (tiene como contrapartida que se puede ser creativo). Hay que asumir un grado de inseguridad sobre lo que uno hace.

La mayor parte de los trastornos mentales atendidos en la práctica pública son crónicos. Expresiones como la de "a este le curé yo", que podemos oír a orgullosos traumatólogos o cirujanos pediátricos, no las oiremos jamás de la boca de un psiquiatra en sus cabales.

Los trastornos que no son crónicos tienen una alta tasa de remisión espontánea y la tasa de respuestas a los tratamientos al uso (farmacológicos o psicoterapéuticos) rara vez superan el 60% (a las tasas de remisión o recuperación la mayor parte de los estudios prefieren no hacer ni mención). Aun en los casos de evolución favorable, los clínicos honestos se quedan con una duda muy razonable sobre el papel de su contribución al resultado. Esto, a veces, es inquietante. Y no ocurre con otras especialidades médicas.

Muchas de las circunstancias que llevan a los pacientes a buscar ayuda a los servicios de salud mental ni siquiera pueden ser seria-

mente calificados de trastornos. Son más bien circunstancias que producen malestar y la intervención, incluso bienintencionada causaría, en definitiva, un perjuicio encuadrable en lo que se conoce como *psiquiatrización*.

El sistema de atención a los trastornos mentales se ha transformado enormemente en los últimos años. Pero no sólo no hay un acuerdo, sino que hay opiniones contradictorias sobre cuál va a ser la forma que adopte en un futuro. Es difícil prepararse para trabajar sin saber dónde ni para qué. Y siempre puede uno acabar haciendo algo muy diferente de lo que imaginó.

En cualquiera de sus opciones honradas la psiquiatría es una de las especialidades que permite un menor enriquecimiento del médico. Se trata de pacientes que requieren atenciones frecuentes, que consumen mucho tiempo y que padecen trastornos que no suelen acompañarse de fácil acceso a fortunas que gastarse en tratamientos. Un cirujano puede cobrar por lavarse las manos el equivalente a 10 h de psicoterapia. Además, los pacientes psiquiátricos crónicos son menos propensos a recompensar con regalos la actuación de sus médicos que los pacientes quirúrgicos, que consideran que deben la vida a la habilidad de sus cirujanos.

Para los psicólogos el panorama no es mejor. La residencia coloca al licenciado en un contexto (el de la atención pública a los trastornos mentales) plagado de situaciones absolutamente distintas (e infinitamente más complejas) de aquellas para las que uno ha sido "científicamente" preparado en la Facultad. Parece sensato, antes de embarcarse en una prueba que es objetivamente más selectiva que las oposiciones para notario (pero a diferencia de éstas a lo que da lugar es a 3 años de empleo precario), considerar la posibilidad de ofertar privadamente la prestación de una técnica en la que uno se sienta seguro (entrenamiento en habilidades sociales, tratamiento de la disfunción eréctil, desensibilización sistemática en fobia social, etc.). Además, el desarrollo del programa PIR y el sector público obligan a dibujar el propio en concurrencia con otros profesionales que, a veces, realizan algunas de sus funciones características (u otras muy semejantes).

Si todo esto no causa a alguien que esté considerando la posibilidad de iniciar la residencia absolutamente ninguna inquietud, entonces es casi seguro que lo mejor es que opte por no hacerlo y por vigilar su propia salud mental.

#### *Elige tu lugar de residencia sabiendo dónde vas y lo que significa*

En España se ha producido, sobre todo desde los años ochenta, una transformación importante de los sistemas de atención a la salud y los trastornos mentales. Esta transformación esencialmente consiste en el traspaso del peso de la atención desde las grandes instituciones o los hospitales vinculados a los ámbitos académicos a entornos más próximos a las comunidades a las que pretenden servir.

Las instituciones académicas con frecuencia se mantuvieron al margen de este movimiento y conservaron el control sobre una buena parte de las unidades docentes. En los últimos años este control se ha extendido en la mayor parte del país, con lo que se ha favorecido el paso de algunos profesionales del ámbito académico a puestos de responsabilidad en el aparato asistencial y, consiguientemente, a las unidades docentes acreditadas para la formación de residentes.

Lo cierto es que, en este momento, el aspirante a residente puede optar entre dos opciones. En la primera se sitúan unidades en las que realizará su formación en un marco predominantemente hospitalario, se le facilitará la realización de la tesis doctoral y la adquisición de méritos para hacer posteriormente carrera académica y tendrá ocasión de participar, si bien como uno de los

ciegos implicados en el invento, en trabajos de investigación propiciados por la industria farmacéutica.

En la mejor versión de la segunda opción, su residencia se desarrollará predominantemente en dispositivos comunitarios, adquirirá formación en intervenciones psicosociales (y no sólo en diagnóstico y manejo de fármacos), incluidas, al menos, nociones de psicoterapia y de rehabilitación psicosocial; tendrá contacto con actividades como el trabajo con atención primaria o los servicios sociales y comunitarios y, además se tendrá que implicar en el trabajo con complicados equipos interdisciplinarios.

Al final, son dos opciones diferentes. Hay transiciones, y uno siempre puede buscarse procedimientos para complementar con la otra. Pero conviene saber de antemano lo que uno puede pedir al lugar en el que va a formarse.

#### UN PRINCIPIO GENERAL (GEOGRAFÍA: SITUACIÓN GENERAL)

El primer objetivo de la residencia es aprender que ésta es una profesión muy bonita. Lo demás debe ser considerado como ilustraciones de este principio y procedimientos para el disfrute de ella. La profesión es también una cosa muy seria y hace que el bienestar de otras personas dependa de uno y de su capacidad de desenvolvimiento profesional. Por todo eso, merece la pena aprenderla y practicarla.

#### DÓNDE Y CÓMO GUARECERSE

La residencia da para poco más que para guaridas. A continuación, se relacionan algunas de las que, en caso de chaparrón, han sido utilizadas por residentes antecesores en los caminos de la residencia.

##### *No te creas nada (ni siquiera esto)*

Las disciplinas relacionadas con la atención a la salud mental han tenido la mala fortuna de tomar de Descartes su dualismo (que les sigue aún haciendo tanto mal) en lugar de la duda metódica (que les hubiera venido mucho mejor que el frenético afán de agarrarse a cualquier certeza aparente en que se han empeñado la psiquiatría y la psicología desde sus orígenes).

Donde no es "evidente" que las técnicas de neuroimagen nos van a poner ante los ojos las verdaderas causas de los trastornos mentales, lo es que la libido es el motor de la actividad psíquica, que los pacientes a los que diagnosticamos un trastorno bipolar no se deterioran y a los que les diagnosticamos un trastorno esquizofrénico sí, que las alteraciones en la dopamina son las que configuran el trastorno esquizofrénico (y no al revés) o que ayudar a los pacientes esquizofrénicos a trabajar sus deseos es perder el tiempo.

Allí donde te enfrenten con algo evidente, busca pruebas de que puede no ser así. Por supuesto, esto vale también para lo que te estamos contando, así que créete lo que quieras, pero por lo menos entérate de que estás optando por hacer precisamente eso.

##### *Vive y lee (no sólo sobre salud mental)*

Joaquín Santodomingo dijo a uno de nosotros (A.F.L.) en una ocasión que "a uno no le deberían dejar ser psiquiatra hasta los 50 años, porque uno no puede entender situaciones que no ha vivido". No le faltaba algo de razón. Claro que, por el mismo motivo, a algunos no les deberían dejar ejercer la psiquiatría nunca. El tiempo empleado en implicarse en la propia vida no sólo no está perdi-

do para la profesión, sino que servirá para cimentarla. Un ratón de biblioteca difícilmente será un buen clínico.

La residencia exige esfuerzo y dedicación. Pero si éstas te llegan a sustraer gravemente de las posibilidades de disfrutar de la vida ten cuidado. Te estás convirtiendo en un quemado, no en un especialista.

A veces, Stendhal, Sófocles, Groucho Marx, Raymond Chandler, Fellini, Cervantes o Coppola, nos pueden ser de más utilidad para entender a los pacientes que cien textos de psiquiatría. No ganas tiempo abandonándolos. Preguntarse cuánto tiempo hace que uno no va al cine o al teatro, o no lee una novela, ayuda, a veces, a disparar utilísimas señales de alarma.

#### *La "actualización" dura un mes; los clásicos, siempre*

Una de las cosas que el actual sistema curricular impone es el culto a lo que Faustino Córdón llamaba (comunicación personal A.F.L.) la "erudición del último minuto". Una de las tareas que con frecuencia se encargan a los residentes es revisar bibliografía. Las posibilidades de manejar cantidades ingentes de información de última hora que proporcionan las modernas bases de datos (tipo MEDLINE o PSYCHI-INFO) pueden hacer perder cantidades, también ingentes, de tiempo a los residentes más aplicados. Esta información (que en la residencia, eso es cierto, hay que aprender a manejar) sólo interesa a quienes investigan sobre temas muy concretos. El tiempo dedicado a ella se puede aprovechar mejor leyendo a Kraepelin, Freud, Binswanger o Séglas.

#### *Leer, ver a pacientes, volver a leer, ver a más pacientes*

Uno suele ver lo que va buscando y hay cosas en la clínica que uno sólo empieza a ver cuando la lectura precisa le ha hecho reparar en la posibilidad de su existencia. También sucede lo contrario. Una vez encontré (A.F.L.) a una residente de cuarto año enfrascada en la lectura de la *Psiquiatría Clínica* de Makinon y Michels, que tenía subrayadísima de la lectura que había hecho de R1. Me comentó: "ahora pone aquí muchas cosas que antes no ponía". Estaba muy bien visto. A nadie le terminan de servir las respuestas a las preguntas que aún no se ha hecho. Por eso, el proceso que nos lleva de la lectura a los pacientes, y viceversa, tiene esta forma de espiral.

#### *Ver a muchos pacientes*

Algunos programas de residencia con tendencia al paternalismo protegen a los residentes de la "presión asistencial", para la que sólo consideran preparado al personal de plantilla. La pregunta es cuándo se ha preparado a este personal para ello si no es durante la residencia. Los residentes deben aprender a trabajar bajo esa presión (a la que siempre estarán sometidos en el futuro) y deben aprender a utilizar las diferencias y semejanzas entre los muchos pacientes vistos como un instrumento para pensar sobre ellos.

#### *Ver a los pacientes mucho tiempo*

En algunos sitios se han habilitado programas de residencia que consisten en el ensamblado de pequeñas piezas donde el residente rota por el dispositivo que se considera mejor en la realización de determinado programa o la aplicación de determinada técnica. Eso da mucha culturilla y permite hacer turismo, pero no es un buen procedimiento para aprender. Los nuestros son pacientes que sufren enfermedades crónicas y que se deben tratar a través de procesos de atención prolongados. Un residente que aparece casi fugazmente difícilmente podrá hacerse responsable de uno de estos procesos. Los tiempos para las rotaciones establecidos en el programa aprobado por las comisiones nacionales ya son suficientemente cortos como para que se fragmenten más. Y no será mala

cosa que se habilite un procedimiento para que el residente pueda seguir a algún paciente durante todo el período de formación.

#### *Hacer predicciones (y escribirlas)*

Se aprende de los errores. Pero en esta tarea lo más difícil es darse cuenta de que uno está cometiendo un error. Si preguntamos a cualquier clínico cuánto piensa que va a durar una hospitalización o la psicoterapia por un duelo complicado, si creemos que el valproato va a ser igual de eficaz que el litio que hemos tenido que retirar, cómo va a reaccionar a la confrontación una madre implicada en un Miinchaussen por poderes o cómo va a tolerar esta anciana el citalopram, es bastante fácil que nos conteste algo así como que "es muy difícil decirlo". Seguramente es verdad. Pero saber estas cosas de antemano es importante para los pacientes y para nosotros. Y el único modo de aprender a hacer predicciones, como de aprender a hacer cualquier otra cosa, es hacerlo muchas veces. No hay por qué contarle a todo el mundo lo que prevemos. Pero será bueno que nosotros no nos engañemos al respecto. Y, para ello, nada mejor que escribir las predicciones.

#### *Preguntarlo todo (tu profesión es ignorar)*

Al volver de una excursión a buscar setas de un grupo de profesionales de la salud mental, una de las residentes manifestaba su admiración por la pericia en esta actividad de uno de los adjuntos. Cuando le preguntaron si había aprendido mucho de él, dijo: "Eso no; cogiendo setas es igual que viendo a pacientes, ¡da gusto verlo! Pero si le preguntas por qué sabe que esa seta tan parecida a otra venenosa es exquisita, te mira con cara de estupefacción, mira la seta, te vuelve a mirar y dice "¡Es evidente: no hay más que verla!"

Los residentes enseñan mucho a sus tutores porque les obligan a pensar el porqué de las cosas que hacen inadvertidamente. Pero para que esto suceda los residentes han de preguntar. Y no han de darse por satisfechos hasta que encuentren respuestas satisfactorias.

No hay preguntas inoportunas. Un buen residente no es el que no necesita hacer preguntas, sino el que sabe preguntarse por las cosas y es capaz de buscar respuestas.

#### *Elegir supervisor por afinidad con éste, no por su prestigio*

La investigación sobre los procedimientos de enseñanza de las habilidades de relación e intervención psicoterapéutica está aún por detrás de la que se ocupa de medir los efectos de éstas sobre los pacientes (es decir, peor que en mantillas). Pero hay una cosa en la que parece que los investigadores coinciden: las supervisiones funcionan mejor cuando existe una afinidad entre supervisor y supervisado, aunque la pericia del supervisor en la técnica objeto de supervisión no sea muy grande, que aquellas otras en las que el supervisor es un experto en la técnica, pero existen diferencias importantes en las concepciones generales sobre la salud y la enfermedad mental, o sobre el carácter de la técnica entre supervisor y supervisado.

La supervisión es una actividad en la que el supervisado expone su trabajo y las dificultades para llevarlo a cabo a otra persona. Ésta es una actividad que comparte mucho con la relación psicoterapéutica y que requiere una sólida relación de confianza. De nada nos servirá como supervisor al mejor experto en psicoterapia cognitivo-conductual de la bulimia si no tenemos la confianza suficiente como para hacerle partícipe de la incomodidad que podemos sentir a la hora de encargar o controlar las tareas para casa o nuestro convencimiento de que facilitar la expresión de los sentimientos asociados a la pérdida de su padre en accidente de coche antes de comenzar el cuadro, es una tarea que hay que acometer antes de iniciar ninguna otra estrategia... O si no nos sintiéramos a gusto comunicándole la

irritación que nos produce el modo que tiene tal otra paciente de dirigirse a nosotros. Desde luego, una relación así es imposible si el supervisado no tiene confianza en el criterio de la persona que actúa como supervisor y en su interés, no sólo en la técnica sino también en la progresión del supervisado como profesional.

En un momento en el que la práctica de la terapia personal por parte de los residentes se está convirtiendo en excepcional, corresponde a la supervisión resolver parte de los problemas que en algunos modelos, antes más pujantes, se abordaban a través del análisis personal, como la interferencia de temas personales recurrentes en el trato con los pacientes. Uno debe saber con quién está dispuesto a hacer este trabajo.

*Considera las emociones que te despiertan los pacientes no como la demostración de que no vales para esto, sino como un instrumento de trabajo que debes aprender a manejar*

A veces, al aprendiz del oficio le preocupa haberse sentido asustado, irritado, aburrido o seducido después de una entrevista. Más de una vez hemos visto a alguien concluir en consecuencia "¡Yo no valgo para esto!", o decimos: "¡claro, a ti esto ya no te pasa!". La situación del que ya no le pasa eso se llama *burn-out* o *queme*. No se puede vivir sin emocionarse con el comportamiento de las personas y como los pacientes son personas, no se puede trabajar sin ser capaz de emocionarse con su comportamiento.

Lo que los profesionales expertos hacen, en todo caso, es ser capaces de preguntarse en qué medida es su propia historia personal y en qué medida es el comportamiento de los pacientes lo que les hace sentirse así. Y ser capaces de actuar frente al paciente no en función de lo que esa emoción les pediría a ellos, sino de lo que resultaría más beneficioso para una persona que, con su comportamiento, está produciendo esa emoción en otras.

La supervisión, y a veces la terapia personal, es el instrumento para adquirir esta capacidad de convertir lo que en un principio puede parecer un problema en un instrumento terapéutico.

*Escribe lo que piensas (y piensa lo que escribes)*

La historia clínica es un género literario. Durante la residencia hay que aprender a practicarla. La historia clínica no es sólo la historia del paciente. Es también la historia del proceso terapéutico. Pero mientras nadie daría por buena una historia que no nos permitiera hacernos una idea de la sintomatología del paciente, es frecuente que no se exija que dé más información sobre el proceso terapéutico que la constancia de los cambios de medicación. Sabemos que lo que el terapeuta dice, y aun lo que piensa, influye de forma determinante en el resultado terapéutico (si no no tendría sentido el doble ciego). Por eso debe constar en la historia. Escribirlo te ayudará a pensar. No te consentas historias sin formulación del caso. Verás qué gusto da descubrir que te habías equivocado (o mejor dicho, que has sido capaz de llegar a ver más tarde las cosas con más claridad).

Desde luego, la historia clínica no es el único género literario que practicamos los profesionales de la salud mental. Por suerte, hoy día existen numerosas publicaciones en las que un residente puede exponer sus reflexiones sobre un caso clínico o unas lecturas. Desde luego que uno corre el riesgo de que le rechacen el manuscrito. Pero en la mayor parte de estas revistas el rechazo se acompaña de los comentarios de los *referis*, que razonan por qué lo hacen y qué es lo que le falta o sobra al manuscrito para ser publicable. Enviar trabajos a estas revistas proporciona una excelente ocasión de ser supervisado por personas que se suponen expertas en los temas que nos interesan y aprender a publicar.

Tanto en un género como en los otros, detente a pensar qué es lo que quieres decir y a quién y cómo conseguirás hacerlo, exigién-

dole al otro el menor esfuerzo posible. Lo que escribas se beneficiará de ello.

*No trabajes solo: los maestros pueden ser útiles pero son prescindibles, los colegas no*

Las nuestras son profesiones en buena medida solitarias. Y muchas de las posibilidades de actuar en ellas dependen de cuestiones de perspectiva. Comparar perspectivas, disentir y a veces compartir entusiasmos y decepciones constituyen la base necesaria, no ya para el aprendizaje sino para el ejercicio de estas profesiones. Muchas veces la presencia de un supuesto experto constituye el mejor procedimiento de abortar una discusión e impedir que se manifiesten soluciones creativas. La discusión entre pares es un elemento clave de la formación (por eso, entre otras cosas, se entiende tan mal la decisión de las comisiones nacionales de acreditar centros con sólo un residente por promoción)

*Asóciate, participa en la vida asociativa, exige que te representen y toma responsabilidades*

Las asociaciones proporcionan una oportunidad de prolongar, más allá del entorno inmediato, el tipo de experiencias a las que hacíamos referencia en el apartado anterior y, además, proporcionan una vía para buscar soluciones a los problemas que se pueden encontrar en el intento de formarse como profesional. La existencia de asociaciones de ámbito autonómico hace que, en este momento, sea muy fácil vincularse activamente a la vida asociativa. El tiempo empleado en estas tareas casi nunca será tiempo perdido.

Las asociaciones no son la academia. No deben ser un grupito de supuestos sabios que dictaminan sobre temas especializados. Deben ser instrumentos de representación de los profesionales y organizadores de actividades científicas que satisfagan las necesidades de éstos. La presencia de residentes en la vida organizativa (incluidos los órganos de gobierno) es signo de vitalidad de la asociación. La ausencia de residentes garantiza que sus actividades acabarán careciendo de interés para ellos y que los residentes seguirán sin estar presentes y sin beneficiarse de la organización. Hay que "estar".

## ITINERARIOS (PASEOS A PIE)

Durante los primeros meses, el residente (obviaremos la duplicidad que evita la masculinización del lenguaje utilizando el residente para dirigimos al rol de residente) "calará la institución":

- Tendrá un tutor de referencia (que a veces ejercerá como tal y otras figurará en los certificados de rotación). En todo caso el residente puede dirigirse a la Comisión de Docencia o, en último extremo, en caso de "desamparo institucional", a la Comisión de la Especialidad para dar cuenta de deficiencias inadmisibles.

- Tendrá compañeros/as, MIR y PIR con los que poder cambiar impresiones y que serán una fuente inestimable de consulta para la obtención de datos diversos, desde cómo funciona el *staff* (léase neuras varias del "patrón" de referencia) hasta cuáles son los trámites administrativos a seguir cuando la decisión es de alta terapéutica tras la valoración de una urgencia, pasando por las miles de preguntas respecto al manejo de situaciones, experiencia con psicofármacos y asuntos de diversa índole en relación con la formación y/o la residencia (p. ej., "¿cuándo se cobra aquí?").

*Continuando el camino*

- Percibirá las leyes implícitas de la institución y será conocedor de las explícitas (p. ej., "si escuchas mucho a Fulanito, Menganito no

se relacionará contigo y piensa que Menganito es el mejor psiquiatra”).

– Puede resultar invadido por el temor de sufrir una afasia nominal incurable cuando pretenda describir lo que sucedió en una entrevista. El examen MIR parece tener una vinculación etiológica con el fenómeno y la vida puede plantearse como un “dame tres opciones y elegiré una”.

#### Visitando los alrededores

– Oirá “batallitas” de los experimentados, compañeros/as de residencia y *staff*, a veces escuchará y pensará.

– Será objeto de la curiosidad de la totalidad de los “recursos humanos” con los que esté dotado el servicio (léase enfermería, administrativos, *staff*, residentes y, a veces, en instituciones monográficas del tipo hospital psiquiátrico, hasta el portero).

– Será visitado por sonrisas que se reflejan en la propaganda de algún fármaco y le dirán aquello de que “si necesitas algo”, mientras le entregan una tarjeta del correspondiente laboratorio. Pronto se dará cuenta de que se trataba de un espejismo y recordará que el altruismo es un constructo pero la oferta y la demanda rigen el mercado.

#### Dónde comer

– Le dirán que lea este libro y este otro y, con mala suerte, podrá encontrarse con algún tutor que se declara fundamentalista militante de algunos de los paradigmas teóricos de la psiquiatría y que intentará censurar sus lecturas o le abrumará con una selección de “cosecha propia”.

– Comenzará a ver y a oír a pacientes, algunas veces escuchará y pensará...

– Verá modos de tratamiento diferentes para situaciones semejantes, algunas veces mirará y pensará...

– Por cierto, los residentes también comen. Y en la medida en la que la residencia coincide a menudo con un período de adquisición de autonomía que requiere habilidades instrumentales nuevas, le será útil dedicar algún tiempo a la lectura y práctica de algún manual básico (p. ej., Ortega S. *1.080 recetas de cocina*. Madrid: Alianza, 1972) y a la práctica del arte de hacer la compra. El abuso del congelado perjudica al sistema nervioso central.

#### Dónde alojarse

Al final de esta primera fase y transcurridas algunas guardias, realizadas con el apoyo virtual del adjunto de turno, podría tener a la ambivalencia como compañera respecto a la elección de lugar, sería precoz plantearse dudas sobre la elección de la especialidad que suelen hacerse presentes un tiempo después.

Las rotaciones comienzan a sucederse al mismo ritmo que la confusión a enturbiar el pensamiento:

– Los protagonistas de la escena varían en función del dispositivo con intentos de adaptación del residente a nuevos dispositivos en períodos breves.

– No hay certezas ni técnicas de resultado unívoco: la práctica de otros no resulta sin la participación de uno mismo en ella.

– El tiempo pasa pero todavía se mantiene la perspectiva de la totalidad de la residencia. Puede pensarse, equivocadamente, que se firmó un contrato laboral, lo que merma interés por la formación y supone el inicio de un hábito abandonico. El resultado puede ser una persona que trabaje en salud mental para subsistir pero que podría dedicarse a cualquier otra actividad.

#### Y... a propósito de muchos casos

La instauración de la residencia en la persona del residente produce en éste una serie de manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales que pueden entenderse como cuadros de estado o

síndromes. En los PIR (que sólo disponen de 3 años para hacer el recorrido en el que los MIR invierten cuatro) se suelen dar los mismos síndromes en el mismo orden. Mantendremos para ellos la terminología que hace referencia a los años naturales en los MIR, aunque somos conscientes de que, con esto, podemos contribuir a agravar en ellos un síndrome que les afecta de modo específico en su relación con los MIR y que se conoce, precisamente, como *síndrome de la comparación*.

El *síndrome del R1* está presidido por la idea general de que uno no sabe nada, pero ha conseguido (con sumo trabajo) ponerse en situación de aprenderlo (con más trabajo). Comportamentalmente, esta fase se caracteriza por conductas orientadas a atesorar fuentes de conocimiento en forma de libros, clases, conferencias y material publicitario de apariencia didáctica. Emocionalmente es una época de conflicto: la inseguridad ante las nuevas responsabilidades y el miedo a no estar a la altura alternan con el optimismo de disponer de tiempo y medios para remediar la ignorancia y adquirir el admirable aplomo de los mayores.

El *síndrome del R2* se caracteriza por un estado *seudoconfusional* de estupefacción y la creciente impresión de que cuanto más aprende el residente mayor parece la cantidad inabarcable de cosas que le quedan por aprender. Durante esta etapa se desarrollan conductas tendentes a proporcionar certezas. Es frecuente que el cuadro se complique con aproximaciones a dogmas que limiten, si no las dimensiones de lo desconocido, al menos las áreas a las que uno se va a sentir impelido a dedicar algún interés. La militancia en reduccionismos de diverso corte (de Lacan a la neuroimagen, pasando por los modelos animales o la medicina basada en la evidencia) hunde frecuentemente sus raíces en este especie de estado de trema que sucede al optimismo inicial.

El *síndrome del R3* puede considerarse como resultado del fracaso de las estrategias de afrontamiento desarrolladas durante el estado anterior. Los “R menores” pregunta y no siempre obtienen la respuesta clarificadora que buscan, emergiendo la duda sobre la calidad y/o cantidad de conocimientos adquiridos hasta ese momento. La única certeza es la de que lo que le queda a uno por aprender es inabarcable y el camino recorrido hasta la fecha no es el adecuado para llegar a aprenderlo. Pueden aparecer rumiaciones sobre el acierto de haber escogido la especialidad y la posibilidad de cambiar, a estas alturas, de opción profesional. Es frecuente que se mire con envidia a residentes de otras especialidades e, incluso, a practicantes de otras profesiones, como pescadores de altura, profesores de instituto o pilotos suicidas. Y habrá días para sentirlo todo; unos en los que se sobrevalora la capacitación adquirida y otros en los que los pacientes se transforman en habilidosos estrategias ávidos por demostrar la incompetencia de su interlocutor, pero casi siempre se recuerda, aunque no siempre sea verdad, que la responsabilidad final de las decisiones tomadas es del *staff* de turno, lo que produce un alivio importante. Parecido al asociado a no ser el protagonista de la despedida de residentes de ese año.

El *síndrome del R4* se caracteriza por una rápida sucesión de emociones, conductas y comportamientos concatenados. La brusca toma de conciencia de la inminencia del final de la residencia (directamente desde la impresión de estar apenas empezándola) desencadena preocupaciones a veces muy desorganizantes por garantizarse el futuro laboral. Una de las conductas asociadas a esta impresión es la de dolorosísimos intentos de confeccionar un esbozo del propio currículo y compararlo con los baremos aplicados para la provisión de nuevas plazas. Estos intentos se siguen de comportamientos orientados a paliar las deficiencias detectadas en tal comparación y el inicio de un frenético transportar de *posters*, archivos de *Power-point* con leyendas de comunicaciones libres para con-

gresos y jornadas y disquetes con textos de casos clínicos o revisiones para revistas del ramo. En este momento evolutivo se acumulan certificados de asistencia a cursos sobre materias que pueden estar completamente alejadas de lo que han empezado a perfilarse como las áreas de interés de los residentes. Este estado de hiperactividad es frecuentemente aprovechado por el personal de plantilla para colocar su firma al lado de los residentes en trabajos que ni siquiera han llegado a leer. El mismo hecho de que se le suponga una capacitación adquirida para resolver situaciones complejas puede hacerles dudar de la misma por sentirse objeto de la "mirada del otro" (léase *staff* o residente menor). En este momento, quizá en relación con el último fenómeno reseñado, con la lectura del propio currículo o con la conciencia de que son los únicos de los servicios a los que pertenecen que se han leído las novedades importantes, se produce la transformación brusca que da lugar al estadio final que también puede denominarse *síndrome del R5*. En este último estadio el sujeto adquiere la impresión de que, en realidad, no conoce a nadie que tenga una formación tan sólida como uno y que es una auténtica injusticia que sean otros los que ocupen los puestos (fijos) de responsabilidad o bien culpa a la institución de no haber anticipado su inminente incorporación al mercado laboral, facilitando su integración en el área donde realizó la residencia o potenciando la elaboración de un currículo abrumadoramente competitivo. Este estado se extiende algunos años después de terminada la residencia y la conciencia de "JASP" podrá volver a enturbiar el pensar, pudiendo asumir el camino recorrido como un estado transitorio que finalizó en ese puesto de interino que le permitirá acomodarse en el *síndrome del funcionario*, sin que la clínica constituya un estímulo experiencial que motive el "engrasado neuronal" permanente.

El conocimiento de estos cuadros no los previene en términos absolutos. Pero saber de ellos y detectarlos en los compañeros puede servir para relativizarlos, hacerlos más soportables y promover cambios de actitud.

## RESIDENCIA Y SALUD (GUÍA DE PRIMEROS AUXILIOS). CÓMO SOBREVIVIR A LAS CRISIS

En nuestra opinión los recursos más útiles son:

- Lectura abundante y variada, de los psicopatólogos clásicos a las últimas novedades en ensayo, pasando por la poesía y la prensa diaria. Algunas cosas, tales como las maneras en que los gerentes suelen dirigirse a los residentes están documentadas en fuentes bibliográficas de divulgación (p. ej., *Mortadelo y Filemón*, ¡atención a la figura del Súper!).

- Lectura de historias clínicas, que enriquecerá la diversidad léxica y mejorará las habilidades descriptivas del residente además de permitirle establecer comparaciones entre lo que se escribe y lo que se ve o lo que se hace.

- Preguntar y preguntar al tutor y a los compañeros/as las dudas diarias extrayendo la conclusión de la diversidad de las fuentes. Si el tutor está todavía investido de autoridad inmanejable en este momento de la residencia, los compañeros serán los interlocutores ideales para aquellas preguntas que se presenten bajo el epígrafe

"¿esto debería saberlo yo?".

- Contar a personas ajenas la experiencia de cercanía de la locura, los avatares de la cotidianidad. Escuchar la versión subjetiva del *qué* y del *cómo* ayuda a definir sensaciones, haciéndolas vulnerables a un análisis.

- Estar en todas las entrevistas posibles con un *staff*. Ser un observador no implica necesariamente el aprendizaje, pues la ósmosis sólo ha demostrado eficacia entre líquidos. Sin embargo, no pocas veces puede aprenderse lo que más tarde se decidirá como "lo que no se debe hacer" y otras muchas servirá para el proceso de identificación que el/la futuro/a psiquiatra realiza a lo largo de la residencia (léase, "esto que hace Fulanita resulta efectivo", "me saldrá a mí?", que se responderá más adelante, no si lo pretendes hacer como si de la aplicación de una fórmula matemática se tratara).

- Escucharlos y hablar con los pacientes, el "ajá" saldrá sólo cuando la situación lo promueva. Ellos son la principal fuente de saber, sus similitudes y sus diferencias son el abono del pensar del psiquiatra que quiere saber de la clínica psiquiátrica.

- Describir las entrevistas y también los resultados de la observación de los pacientes sin tratar de acotar el fenómeno en un término psicopatológico.

- Mantener relaciones sociales ajenas al entorno laboral. La "endogamia" es un riesgo que la sobreimplicación profesional conlleva y el resultado es un empobrecimiento de la experiencia del vivir que no dejará de traducirse en el quehacer profesional.

- Que los errores cometidos sean siempre diferentes: el error es una posibilidad de un acto, si no se actúa difícilmente se cometen errores pero tampoco se sabe que podría suceder si se actuase. La prudencia es prima hermana de la inhibición pero no gemela univitelina, y la reflexión autocrítica con el/la supervisor/a su compañera de avatares.

- Escúchate sin censurarte pero no te instales en una supuesta neurosis que probablemente no padezcas, en cualquier caso, si el sufrimiento supera al bienestar piensa que la terapia personal es un recurso útil, también para ti.

- Permítete dudar antes de decidir lo menos malo para el paciente y escribe tus planteamientos. Eso te puede ayudar a aclararte pero recuerda que terminar la residencia, o estar a punto de hacerlo, no implica saberlo todo, sólo tener más argumentos para sostener la duda pero mientras exista y la silla del despacho no se convierta en una poltrona... ¡seguirás aprendiendo! (aunque lo que estés leyendo sea la carta que te anuncia la jubilación).

## NO CONCLUSIONES

¿Crees que sería razonable que una guía que pretende que pienses tú te proponga conclusiones?

a) Es lo menos que podían hacer después del tiempo que me han hecho emplear en su lectura.

b) Por supuesto: díganme sus conclusiones y yo las compararé con las mías.

c) No gracias.

d) Ni hablar, ¡lo que me faltaba!

e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta. ■