

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Cuidados institucionales, grupales y autocuidados durante los primeros años de la residencia clínica de Salud Mental.

Verduci, Marina.

Cita:

Verduci, Marina (2023). *Cuidados institucionales, grupales y autocuidados durante los primeros años de la residencia clínica de Salud Mental. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/728>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/AFW>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CUIDADOS INSTITUCIONALES, GRUPALES Y AUTOCUIDADOS DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA RESIDENCIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL

Verduci, Marina

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Hospital Piñero. Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

En el presente trabajo se intentará abrir la reflexión sobre algunas implicancias de transitar las rotaciones de sala de internación y guardia interna de la Residencia Clínica de Salud Mental como psicólogos y médicos en formación. Para ello, se han realizado entrevistas semiestructuradas a 19 residentes y una dupla de jefatura de residentes del servicio de salud mental del Hospital Piñero en pos de recabar información de cómo cada miembro del grupo percibe cuestiones relativas a las tareas de los residentes y los cuidados laborales. Dichas entrevistas fueron realizadas entre los meses de julio a diciembre del año 2022 y serán analizadas desde los aportes de la Salud Comunitaria, la Psicología del Trabajo y la Psicología Institucional. Se tomará como eje central para analizar estas entrevistas la dimensión del cuidado tomando como variables relevantes la perspectiva de género, la disciplina profesional y el impacto que el trabajo tiene en la salud y el proceso de aprendizaje de los profesionales.

Palabras clave

Residencia - Género - Cuidados laborales

ABSTRACT

OCCUPATIONAL CARE DURING THE FIRST YEARS OF THE MENTAL HEALTH CLINICAL RESIDENCY

The aim of this work is to reflect about occupational care in the first two years of Mental Health Clinical Residence. For this aim, semi-structured interviews were conducted with 19 residents and a pair of residents' heads of the mental health service of the Piñero Hospital. These interviews were carried out between the months of July to December of the year 2022 and will be analyzed from the contributions of Community Health, Work Psychology and Institutional Psychology. The dimension of care will be taken as the central axis to analyze these interviews, taking gender and professional discipline as relevant variables.

Keywords

Gender - Occupational care - Residence

¿Por qué trabajar sobre los cuidados?

Este escrito es un recorte del ateneo correspondiente a mi segundo año de residencia, cuyas rotaciones eran atención en sala de internación y guardia interna. Decidí escribir sobre este tema debido a que durante los primeros dos años de la residencia me sentí por momentos abrumada, agotada y sobrepasada en mis capacidades; y que durante este periodo escuché que varios compañeros compartían estas sensaciones. Al leer la Ley 22.127, la misma hace referencia a la residencia en los equipos de salud como una formación de posgrado que permite adquirir responsabilidad profesional de manera gradual mediante la profundización “en un área de conocimientos al tiempo que se realiza una práctica intensiva en los escenarios de servicio”. Surgen a partir de ello las siguientes preguntas: ¿cómo se dan estas prácticas “intensivas”? ¿quién las acompaña?, ¿realmente es gradual la responsabilización?, ¿es posible formarse al mismo tiempo que se realiza esta práctica “intensiva”? En la búsqueda de bibliografía para realizar este trabajo me topé con muchos escritos que sostienen que los residentes son un grupo vulnerable al desgaste profesional o burnout, en tanto este se produce frente al sostenimiento del estrés crónico desencadenado por factores como el desajuste entre las capacidades y la tarea, entre otros (Alonzo, 2006). En un momento de recorte presupuestario y vaciamiento del sistema público de salud, donde la pandemia aún continúa mostrando efectos de sus impactos; resulta importante reflexionar sobre los entornos laborales en donde llevamos a cabo nuestras prácticas en tanto estos tienen una gran incidencia en cómo llevamos a cabo nuestra tarea. Resultados de las entrevistas: ¿Cómo percibimos los cuidados? Al preguntar cómo definirían los **cuidados laborales**, las respuestas de los residentes resultaron heterogéneas aunque mayoritariamente coincidieron en dos puntos: 13 participantes mencionaron de manera espontánea la importancia de “registrar a los otros”, mientras que 10 de ellos mencionaron el término “condiciones laborales”. En los dichos de la mayoría de los participantes subyace la idea de que para cuidar es necesario contar con tiempos y espacios para poder reflexionar sobre lo que nos sucede tanto dentro como fuera del trabajo. 10 de los entrevistados realizaron espontáneamente una correlación entre cuidados laborales y salud física o mental, tanto de manera positiva (“cuidarnos nos permite estar bien para cuidar de otros”)

como negativamente (“sirve para evitar daños o desgaste”). En relación a la percepción sobre **cuidados institucionales**, las respuestas se dividieron en dos grandes grupos: quienes perciben falta de cuidados institucionales (16/21) y quienes se expresan de manera ambivalente en torno a los mismos (5/21) refiriendo sentirse amparados principalmente en aspectos técnico-legales. Se observó que en la mayoría de las respuestas se naturaliza la correlación entre el ser residente y la falta de cuidados. En palabras de una compañera: *“hay cuestiones que tienen que ver con descuido y maltrato laboral más allá de esta institución, arraigadas a la lógica de ser residente en un hospital público”*. Como actos o situaciones de descuido las respuestas de lxs participantes se engloban en las siguientes categorías: malas condiciones materiales o edilicias (10/21), falta de medidas de seguridad en la sala de internación (11/21), derechos laborales comprometidos tales como falta de cumplimiento en licencias y exceso de horas de guardia (12/21), sensación de falta de acompañamiento y reconocimiento del trabajo (12/21) y dificultades en la organización de espacios de reflexión y diálogo (11/21).

A propósito de los **cuidados grupales**, 12/21 participantes mencionan la tendencia a que las prácticas de cuidado se produzcan principalmente entre compañerxs de año. Únicamente 7 compañerxs contemplan los cuidados inter-años, mencionando al equipo de guardia y a las tutorías. Mientras que 5 de los participantes destacaron que para ellxs las prácticas de cuidados se restringen a amistades. Todxs lxs participantes mencionan diferentes estrategias de cuidado entre compañerxs: distribución o relevo de tareas, compartir comidas, realizar salidas por fuera del ámbito laboral, dirigirse a lxs compañerxs cuando los notan afectadxs anímicamente, el intento por “no sobrecargar” al equipo de guardia, transmitir la información en los pases de guardia de manera precisa, realizar acuerdos relacionados con licencias. En relación a la falta de cuidados grupales, algunxs participantes pueden precisar situaciones concretas (8/21), destacando la existencia de “competencias o individualismo” entre compañerxs, tratos hostiles en asambleas y silencios cuando algún residente se encuentra frente a una situación de maltrato institucional. Se identifican como espacios de cuidado principalmente las supervisiones de guardia y las supervisiones institucionales (aunque con sus dificultades), quedando en último lugar la asamblea.

En relación a los **autocuidados**, únicamente 6/21 participantes refirieron dedicar tiempo y atención a los mismos -siendo 5/6 psicólogas mujeres- mientras que el resto refirió no haber sido capaz de mantener sostenidamente prácticas de autocuidado durante los primeros dos años de la residencia. Quienes no han sido capaces, asocian esta dificultad principalmente con factores de personalidad como la sobreexigencia. Al respecto, una compañera expresó *“Si no nos cuidamos nosotrxs mismos, ¿cómo pretendemos cuidar a otros? Repetimos como loros medidas de cuidado a los pacientes y no lo hacemos con nosotros*

mismos”. Como actos de descuido personal nombran el hecho de terminar de trabajar luego del horario establecido por contrato, presentar rumiación sobre la actividad laboral al llegar al hogar, no tomar los días de vacaciones correspondientes al año y “no mostrar limitaciones”. Mientras que como actos de cuidado posibles lxs participantes refieren: contar con espacios de supervisión y de diálogo sobre temáticas laborales (6/21), realizar planes posguardia junto a sus seres queridxs (5/21), espacios deportivos, lúdicos o de ocio semanales (10/21), espaciamiento de pacientes o establecer cortes temporales claros con el trabajo (9/21), realizar tratamiento psicoterapéutico (7/21) y contar con momentos de soledad (2/21).

Resultados de las entrevistas: ¿Cómo se distribuyen los cuidados laborales?

Resulta llamativo que la desigualdad en tratos y reconocimiento profesional según **disciplina** es afirmada por todxs los participantes (21/21), mientras que la variable **género** es mayoritariamente aceptada pero no de manera unánime (15/21). También es necesario subrayar que quienes reconocieron la variable de género como relevante, la interrelacionan en sus entrevistas con la variable disciplinar. En relación a la variable **disciplinar**, lxs entrevistados refieren que la desigualdad de tratos y reconocimientos laborales se ven reflejados en:

1. que lxs médicxs expresan tener “mayor reconocimiento y a su vez mayor responsabilidad”: contando con un número mayor de pacientes en tratamiento, mayor interlocución con personal de planta y mayor cantidad de actividades de guardia a cargo -como por ejemplo interconsultas-; a la vez que expresan mayor exposición en situaciones violentas -ej: Excitación psicomotriz- y sensación continua de evaluación.
2. que lxs psicólogxs expresan la sensación de “falta de escucha” y subestimación de la disciplina, refiriendo dificultades en el trabajo interdisciplinario acentuadas en el plano de la comunicación.

Al pensar en la interrelación entre **disciplina y género**, cabe señalar que del grupo total de la residencia 11/12 psicólogxs y 5/11 médicxs son mujeres, lo cual constituye una mayoría numérica. Los tratos desiguales por género y disciplina no son únicamente percibidos por las mujeres, sino que en las entrevistas a médicos varones algunos han enunciado frases como: “nos tienen más confianza y nos escuchan más si somos varones y médicos”. En relación a la variable **género**, lxs participantes que reconocieron esta dimensión perciben que las mujeres-cis tienden a presentar mayor disponibilidad para cuidar a otrxs -ya sea mediante fomentar el diálogo o gestos de amabilidad-, mayor registro y capacidad de expresión afectiva -principalmente frente a la angustia- y de cuidarse a sí mismas. Mientras que en los varones-cis se perciben dificultades principalmente en el registro y capacidad de expresión afectiva en situaciones grupales (“están disociados, hacen de cuenta que no les pasa nada y no se acercan entre ellos a ver cómo están”), aunque no así en

conversaciones en la intimidad (*“son diferentes cuando están todos juntos que de a dos”*).

Análisis teórico de los resultados:

Definiremos a los cuidados desde las conceptualizaciones de Elena de la Aldea. Esta autora circunscribe a los mismos como “la base misma de la sostenibilidad de la vida” (De la Aldea, 2019, p.14) remitiéndose al nacimiento de los seres humanos en donde desde un inicio son necesarios “tiempos, gestos, espacios protectores y amorosos” para sobrevivir. De este modo, cuidar implica respetar y escuchar las necesidades, deseos, posibilidades y creencias de las personas; así como reconocer la fragilidad y vulnerabilidad en la condición humana, posibilitando modos de supervivencia incluso en las condiciones más adversas. Además, de la Aldea (2019) contraponen la lógica de los cuidados con la ideología imperante de nuestra época signada por el rendimiento y el individualismo en donde las personas pareceríamos ser dispensables. Y se refiere específicamente a la población cuyo trabajo es cuidar a otros en donde los profesionales de salud mental nos encontramos incluidos. Sostiene que estos trabajos tienden a ser desvalorizados tanto social como económicamente debido a que sus tareas no son mensurables en términos de eficacia, rentabilidad y producción. En los discursos de los residentes, se puede observar que aparecen en estos discursos rasgos como la empatía, la escucha de las necesidades y el vínculo entre cuidados y salud. Pero, sin embargo, ningún participante parecería percatarse del grado de importancia que tienen los mismos en el sostén de la estructura laboral y se percibe a la falta de cuidados institucionales como algo naturalizado.

En relación al uso de los espacios de cuidado disponibles resulta notorio que los participantes señalan mayor facilidad para hacer uso de intercambios informales (gestos entre compañeros, charlas espontáneas, momentos de ocio, etc) que de los espacios planteados formalmente. Ejemplificando con otro estudio, según la investigación realizada por Clepios (2014) la percepción sobre el dispositivo de asamblea intra-residencia es compartida con otras residencias de CABA: solamente 23% de los residentes de CABA consideran a la asamblea como un espacio que aporta a su formación o apto para generar transformaciones. Al respecto los investigadores de Clepios señalan la tendencia a la pasividad de los residentes quienes si bien señalan fallas en el sistema las cuales impactan en su trabajo y formación, poco se perciben implicados para transformarlas. En cambio, se tiende a apelar a terceridades ubicándolas como responsables de solucionar las situaciones conflictivas.

Estas dificultades por tomar un rol activo aparecen también en el nivel de las tareas de cuidado personal, lo cual resulta preocupante en tanto la falta de autocuidados en los profesionales que brindan cuidados a otras personas puede convertirse en un impedimento para la tarea bajo la forma de “patología personal” (de la Aldea, 2019). Sin embargo, sería reduccionista pensar que

estos emergentes denotan cuestiones puramente individuales. Autores como Ulloa (1995) y Onocko Campos (2004) han observado que en las instituciones hospitalarias resulta frecuente que se expulse tanto a la subjetividad de los pacientes como de los trabajadores del campo de trabajo.

Al considerar el aspecto macrosocial en relación a los cuidados, es necesario además contemplar que los roles de cuidados se encuentran atravesados por determinantes como la edad, el género y la clase social (de la Aldea, 2019). En este trabajo se ha recortado como relevante la variable género, teniendo en cuenta que cada sociedad tiende a atribuir a cada sexo determinados modos de subjetivación los cuales construyen saberes, imaginarios y sentidos y reproducen inequidades o relaciones de poder injustas entre ambos (Tajer, 2020). En esta línea para Faur (2014) las tareas de cuidado se han asignado históricamente a las mujeres, lo cual se puede relacionar con que la mayor parte de los trabajadores de nuestra residencia son mujeres -y psicólogas-. Según se expresa en las entrevistas, es posible concluir que grupalmente se percibe que las prácticas de cuidados se encuentran distribuidas desigualmente según las variables género y disciplina. Posiblemente, esto tendrá un impacto en la salud de los trabajadores de manera diferencial.

El impacto del trabajo en la salud y la formación

En este apartado se buscará reflexionar sobre el impacto del trabajo en la salud de los profesionales residentes de salud mental y su capacidad de aprendizaje. En el estar de residentes a menudo se escuchan quejas sobre el cansancio y las dificultades cognitivas, pero poco se dialoga sobre cómo esto se origina y qué repercusiones tiene.

Para comenzar, Karasek (Alonso, 2006) define al estrés laboral como un emergente del desajuste entre las personas y los contextos laborales, cuyos desencadenantes tienden a ser: ejecución de tareas repetitivas, cumplimiento de roles ambiguos o conflictivos, expectativas insatisfechas, malas relaciones con jefes y compañeros, desajustes entre las capacidades y la tarea, y discrepancias entre valores organizacionales y personales. Mientras que el síndrome de burnout o del desgaste profesional emerge cuando los estados de estrés se vuelven crónicos, provocando malestar a nivel psicológico y social. No resulta casual que este concepto haya sido acuñado por Freudenberg, psiquiatra estadounidense que trabajaba en una clínica de consumos problemáticos quien observó que los trabajadores que allí se insertaron laboralmente a lo largo de los años “sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación laboral y agresividad con los pacientes” (Catsicaris, Eymann, Cacchiarelli y Usandivaras, 2007). En varios estudios y escritos tanto nacionales como internacionales se concluye que los residentes constituyen un grupo vulnerable en cuanto al desgaste profesional.

En las entrevistas de manera unánime todos los participantes identificaron haber sentido estrés laboral (21/21). Relatan que

al llegar a sus hogares luego del trabajo se encuentran cansadxs, irritadxs, “maniácx”, desmotivadxs, tristes y con poca capacidad de escucha o concentración. Destacan las guardias y el posguardia como momento de mayor dificultad subjetiva e inestabilidad emocional. Al respecto, Arias (2011) sostiene que resulta frecuente que quienes realizamos guardias con jornadas extensas presenten fatiga, estados de estrés prolongados, disminución en los procesos cognitivos de atención y memoria, entre otros síntomas. Pero no todxs reconocen haber atravesado un estado de burnout, aunque posteriormente a brindar información sobre este cuadro varixs participantes se sintieron identificados. Resultó llamativo que únicamente 1/21 participante conocía las esferas del burnout, mientras que el resto contaba con una definición intuitiva. En otros números: 9/21 participantes refirieron creer haber experimentado burnout a lo largo de los primeros años de la residencia (5 de ellxs psiquiatras), 4/21 creen no haberlo padecido aunque a lo largo de la entrevista se corrobora que al menos cumplen con uno de los tres criterios, mientras que otros 8/21 expresan no saber sobre esta temática. Lxs entrevistadxs relacionan intuitivamente al síndrome de burnout principalmente con la sobrecarga laboral, la ausencia de transmisión sobre lo esperado en las rotaciones, las condiciones materiales, la falta de políticas públicas y recursos para realizar derivaciones correspondientes, la falta de ocio y la hiper responsabilización de lxs residentes.

El síndrome de burnout se caracteriza por la aparición de síntomas en tres esferas: agotamiento físico y emocional, despersonalización y baja realización personal (Partarrieu, 2018). En la primera de ellas, el **agotamiento**, “el trabajador experimenta estar sobreexigido, vacío de recursos emocionales y físicos, tiende a sentirse debilitado, agotado y carente de la energía necesaria para enfrentar un nuevo día o problema” (Partarrieu, p. 106, 2018). Esto se debe en profesiones de salud a la sobrecarga laboral relacionada con cantidades excesivas de pacientes y/o gravedad o cronicidad de lxs mismxs. En las entrevistas 11/21 participantes se identificaron con la esfera del agotamiento: “pensaba en que al día siguiente me iban a tratar mal en una interconsulta y no tenía ganas de ir al hospital”, “es agotador escuchar los problemas de la gente, situaciones traumáticas y duras que nos impactan”. Mientras que la segunda esfera, la **despersonalización**, se define como una respuesta negativa frente al agotamiento emocional, causando apatía y frialdad hacia lxs pacientes y/o compañerxs de trabajo. Se vincula también con la sobrecarga laboral y la multiplicidad de tareas a cumplir, lo cual genera que lxs trabajadores tiendan a “apartarse, desapegarse, deshumanizarse, pierden el idealismo y desarrollan una conducta negativa hacia la gente y el trabajo” (Partarrieu, 2018, p.106). En la entrevistas 9/21 participantes se identificaron con esta esfera, enunciando frases como: “a veces no me acuerdo lo que digo, una paciente me dijo parecés un robot repitiendo siempre lo mismo”, “estaba tan cansada que trabajaba despachando pacientes”, “llegaba a casa y me des-

conectaba como si tuviera un switch”, o “llego a casa, me habla mi pareja y pienso que me quiero ir a descansar o no hablar con nadie”. Por último, 8/21 entrevistadxs -7 mujeres y 1 varón- se identificaron con la **baja realización personal**, la cual implica el descenso de sentimientos de competencia y buenos resultados del propio trabajo lo que produce que lxs trabajadores evalúen negativamente sus logros laborales presentes y futuros. Al respecto, lxs participantes realizaron comentarios como: “cuando llegás a casa te quedás rosqueando y culpabilizándote” o “a veces me ponía a pensar que no sirvo para esto, que hago todo mal, me preguntaba ¿seré yo sola?”

A partir de las entrevistas, es posible concluir que el estrés laboral crónico nos afecta a lxs residentes tanto en nuestro autoconcepto como trabajadores, como en nuestros vínculos interpersonales intra y extralaborales, en nuestras posibilidades de aprendizaje y de brindar una atención digna a nuestrxs pacientes. A partir de la lectura de Onocko Campos (p.4-5, 2004) y autores anteriormente mencionados, en las instituciones hospitalarias resulta frecuente que se expulse tanto a la subjetividad de lxs pacientes como de lxs trabajadores del campo de trabajo: “el hospital moderno masacra a sus sujetos, a todos sus sujetos. Y a todos ellos de manera diferente, según su inserción institucional (...) ocurre que el proceso de salvar vidas se realiza a costa de gastarnos nuestra propia vida”. Resulta paradójico que, a su vez, las instituciones constituyen nuestra propia subjetividad al insertarnos en ellas brindando un sentido de pertenencia. Pero, ¿qué modos de ser profesional crean los hospitales al momento actual?

En consonancia con Elena de la Aldea (2019), Onocko Campos refiere que en los últimos años se ha priorizado como valor la eficiencia entendida como “producir más en menos tiempo”, lo cual jerarquiza la cantidad de prestaciones de salud en lugar de la producción de salud. Destaca que trabajar desde el eficientismo genera que lxs trabajadorxs pierdan de vista el sentido del trabajo “es entonces que comenzamos a vivir nuestra pequeña muerte cotidiana, transformamos a los usuarios en objetos, que serán sometidos a intervenciones técnicas y dejamos de lado nuestra propia humanidad” (Onocko Campos, p.15, 2004). En palabras de un compañero psiquiatra, “tratar de evitar que alguien esté en riesgo no es una buena atención psiquiátrica”. Según el comité de redacción de la revista Clepios (p.30, 2014) a partir de una investigación realizada en las residencias de CABA, lxs residentes históricamente “sitúan que el sistema deja la formación en segundo plano frente a lo asistencial”, aunque paradójicamente ellxs “se perciben participando poco para su transformación”. En esta investigación también aparece que lxs residentes tienden a valorar en mayor medida abordajes hospitalocéntricos o privados, dejando en segundo plano abordajes sociocomunitarios. Contrastando esto con dichos de compañerxs a partir de observaciones, en nuestra residencia circula la creencia de que tendemos a habitar una “subjetividad heroica” (De la Aldea y Lewcowicz, 1999) la cual muchas veces tiende a presentarse en profesionales de la salud comunitaria quienes

actúan desde una posición omnipotente y sacrificial. A partir de esto me pregunto: entre los polos de la impotencia y la omnipotencia, ¿existirá lugar para otros modos de habitar el hospital? Por último, pensando a las subjetividades desde una perspectiva socio-política, cabría cuestionar la noción del síndrome de burnout y su denominación, teniendo en cuenta otros conceptos como alienación laboral (Marx, 1844), formas de sufrimiento institucional (Kaes, 1989) y cultura de la mortificación (Ulloa, 1995). En este caso se decidió utilizar el síndrome de burnout como concepto nuclear debido a su facilidad para ser operacionalizado, aunque una entrevistada advirtió que al usar esta noción corremos el riesgo de olvidar la dimensión social y política de esta problemática. Para futuras investigaciones resultaría especialmente interesante considerar el concepto de Síndrome de Violentación Institucional de Ulloa (1995), retomado por Nazareth Mitta -ex residente- el cual se encuentra caracterizado por: “una constelación sintomática: 1) fragmentación del entendimiento que conspira contra la posibilidad de un acompañamiento solidario, “cada uno parece refugiado aisladamente en el nicho de su quehacer, sin que esto suponga una mayor concentración en la actividad”, 2) alienación enajenante y 3) desadueñamiento del cuerpo tanto para el placer como para la acción abarcando variadas formas del cansancio y desgano, propio de la mortificación”. (Mitta, 2005)

Mucho hablamos, pero ¿qué podemos hacer?

Resultó notorio en la mayoría de las entrevistas la dificultad inicial de lxs participantes a responder la pregunta final: ¿qué propondrías para trabajar sobre nuestros cuidados laborales? A pesar de ello, lxs compañerxs pudieron formular propuestas posibles de categorizar en los siguientes ejes:

1. Gestionar mejoras en las condiciones laborales: contar con recursos materiales (consultorios/internet/calefacción, etc), contar con supervisión en las guardias, contar con un estar de residentes separado de la sala de internación, reclamar las licencias correspondientes, realizar una revisión de la cantidad de pacientes considerando cada rotación, retomar la jornada del orden.
2. Participación activa en espacios grupales de formación: Habitar la supervisión institucional y de guardia con mayor disposición a la reflexión (“*que la reflexión no sea considerado como algo optativo y dissociado de nuestra tarea*”), invitar profesionales para conversar sobre temáticas relacionadas con los cuidados laborales, realizar grupos de reflexión sobre lo que nos sucede en la atención de pacientes, optimizar el espacio de asamblea para poder llegar a soluciones concretas en el mismo.
3. Optimizar la distribución del trabajo en las rotaciones de sala y guardia: realizar acuerdos sobre quién realiza las interconsultas, sobre qué corresponde al equipo de guardia y qué al equipo tratante, esclarecer la distribución de tareas entre médicos y psicólogos.

4. Fomentar los vínculos y cuidados intraresidencia: reconocer activamente el trabajo propio y ajeno, contar con espacios lúdicos (ej: taller de escritura, juegos) coordinados por residentes y/o profesionales (ej: Instituto de Tiempo Libre y Recreación), identificar situaciones que pueden fomentar la lógica de la competencia entre compañeros, compartir espacios informales (ej: almuerzos), realizar gestos de cuidados al equipo de guardia (ej: “golosinas de emergencia”), fomentar el intercambio interaños, cuidar la transmisión a lxs compañerxs que están próximos a incluirse a una nueva rotación y acompañar lxs en dicho proceso.
5. Contar con instancias de articulación con trabajadores de planta: supervisiones compartidas, reuniones pautadas entre el equipo tratante de sala de internación por fuera del pase de sala, espacios de intercambio supervisados para conformar un criterio común, compartir un archivo con estado actual de los pacientes y planes farmacológicos, contar con un grupo de whatsapp entre residencia y planta para dar aviso de situaciones (ej: llegada de pacientes).
6. Mantener intercambio con Asamblea CABA, el subcomité y otras residencias: participar en las jornadas de residentes, que algunxs miembrxs del grupo mantengan al tanto al resto en relación a las propuestas de Asamblea CABA, realizar reclamos conjuntos (Ej: en torno a licencias).

Cabe destacar que las respuestas de lxs participantes primero se realizaban de modo general, apareciendo dificultad para pensar en medidas concretas y posibles de realizar. También se observa que en estas posibles medidas no aparecen algunos puntos constituyentes de la Ley de Residentes y su decreto reglamentario, como por ejemplo la realización de guardias rotativas de 24 hs con mayor carga semanal de la estipulada. ¿Será acaso porque este punto ni siquiera se considera posible de modificar? Ante todo lo expuesto anteriormente podemos concluir que hace años que el malestar institucional en nuestra residencia -y las residencias en general- resulta evidente, expresado en escritos de ex-residentes y ex-concurrentes sobre las fracturas y tensiones institucionales. Los diferentes escritos hasta el momento se preguntan de diferentes formas si será posible que la residencia como colectivo de trabajo continúe resistiendo a lo instituido y convocando a desnaturalizar lo naturalizado. Se preguntan además acerca de cuánta posibilidad de trabajar en red tenemos en una institución como en el hospital. Si ahondamos en la lectura de la revista Clepios y artículos relacionados con la salud de los trabajadores de la salud, o incluso si nos ponemos a conversar, podemos encontrar muchas ideas factibles de aplicar o intentar para transformar nuestro padecimiento. Existe mucho material escrito acerca de esta temática aunque no siempre sea nombrada bajo el concepto de “cuidados laborales”. La pregunta es, ¿cuánto podemos o queremos responsabilizarnos como grupo para realmente hacer algo que transforme nuestro sufrimiento en creación? En palabras de Onocko Campos (2004, p3) “lo

posible se consigue tensionando las fronteras de lo imposible (...) esfuerzo que para tener sentido debe ser agenciado por un grupo, un colectivo de humanos”.

Antes de finalizar, considero que sería relevante replicar este estudio -o similar- o realizar nuevas investigaciones con una muestra más extensa que abarque a mayor cantidad de residentes, tanto de salud mental como de otros campos. Otra posibilidad podría ser realizar un estudio longitudinal que pueda reflejar cómo cambian las prácticas de cuidado en la residencia a lo largo de los años. El análisis hasta ahora realizado pretende llamar a una toma de conciencia acerca de esta temática, con la finalidad de que al hacer visible el malestar en torno a esta temática y nuestras posibles respuestas seamos capaces de agenciar nuevas formas de lidiar con ello.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonzo, C. (2006). Roles, prácticas e intervenciones del psicólogo del trabajo. Ficha de cátedra, UBA.
- Arias, C.F. (2011). Jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes. Consecuencias para la salud y afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, XII(24), 205-217. ISSN: 1515-4467. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18426920008>
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N. y Usandivaras, I. (2007). La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (burnout). Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(3):236-240 / 236.
- Comité de Redacción de la Revista Clepios (2013). La formación en la residencia de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. En *Clepios* n°60, ISSN 1666-2776. Editorial Polemos, Buenos Aires. Disponible en <http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios60.pdf>
- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. Santiago de Chile: LOM ediciones.
- De La Aldea, E., Lewkowicz, I. (1999). La subjetividad heroica Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. Texto de la conferencia realizada en el 11 Hospital Durand el 7 de Julio de 1999. Elaboración post-mortem a cargo de Elena De la Aldea y colab.
- Faur, E. (2014). *El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual*. Buenos Aires: Editorial SXXI.
- Kaës, R. (1989). “Realidad Psíquica y sufrimiento en las instituciones”, en Kaës et al. (comps.) *La Institución y las Instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Mitta, N. (2014). Individuos -Institucionalizados-... Pero individuos al fin. En *Revista Clepios* n° 63 ISSN 1666-2776. Editorial Polemos, Buenos Aires. Disponible en <http://www.polemos.com.ar/docs/clepios/clepios63.pdf>
- Onocko Campos, R. (2004). Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. En: *Salud Colectiva, Spinelli (Coord.)*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004; pp.103-120
- Pérez Jáuregui, I. (2005). Estrés laboral y síndrome de burnout. Fundamentos conceptuales; Propuesta de intervención psicológica. En I. Pérez Jáuregui, *Estrés laboral y síndrome de burn-out: estrategias para su afrontamiento*. Psicoteca.
- Partarrieu, A. (2018). Síndrome de Burnout en psicólogos clínicos y su relación con el perfeccionismo. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Tajer, D. (2020). *Psicoanálisis para todxs*. Buenos Aires: Editorial Topía.
- Ulloa, F. (1995). *La novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.
- Usandivaras, I. (2015). La salud de los profesionales en formación. En *Clepios* n°68. Buenos Aires: Editorial Polemos.