

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

PSICOTERAPEUTAS EN FORMACIÓN.

Torricelli, Flavia y Leibovich de Duarte, Adela.

Cita:

Torricelli, Flavia y Leibovich de Duarte, Adela (2004).
PSICOTERAPEUTAS EN FORMACIÓN. XI Jornadas de Investigación.
Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/6>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/kha>

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>.

143 - PSICOTERAPEUTAS EN FORMACIÓN

Autor/es

Torricelli, Flavia; Leibovich de Duarte, Adela

Institución que acredita y/o financia la investigación

Instituto de Investigaciones y Doctorado de la Facultad de Psicología- UBA

Resumen

El presente trabajo se inscribe dentro de la tesis de Doctorado en Psicología U.B.A. “ Residentes en Psicología Clínica y en Psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas” que se propone explorar el grupo de psicoterapeutas noveles en el periodo mismo de su capacitación. En esta presentación se pondrá énfasis en los estereotipos profesionales, en el uso defensivo de los esquemas referenciales y en el lugar del marco teórico, como andamiaje proveedor de herramientas en el trabajo clínico.

Resumen en Inglés

This work is part of an exploratory and empirical study (UBA) which proposes to get to know how intern psychologists and physicians working as psychotherapists, think about their clinical work and how do they develop their clinical skills, and which are their representations about professional incumbencies. This particular work considers the professional stereotypes, the place of the referential esquemes in their clinical work, and the deffensive use of the theories.

Palabras Clave

psicoterapeutas- formación- teorías- inferencias

La etapa de formación para el ejercicio de la tarea asistencial psicoterapéutica, está centrada en los años de especialización posteriores a la graduación universitaria. Por la ley del ejercicio profesional argentino (1985) tanto psicólogos como médicos están habilitados - desde lo normativo- para llevarla a cabo. La residencia y concurrencia constituyen sistemas privilegiados de "capacitación clínica en servicio" en el ámbito público **(2)** Dicho sistema plantea - en su normativa- un mayor acento en lo formativo en los primeros años, acentuándose lo asistencial, en el último año, por encima de la capacitación teórica, revirtiéndose así la pirámide formativa **(3)**. (Programa de Residencias, 1998, 2003)

En total - en la ciudad autónoma de Buenos Aires- son 16 los hospitales que poseen sistema de residencias y concurrencias en Salud Mental y 6 en el Conurbano Bonaerense. En el año 2003, de un total de 1778 cargos de concurrentes de la ciudad autónoma de Buenos Aires, los psicólogos suman 461 (es decir representan el 26 %) y los psiquiatras 111 (o sea el 6,3%); y de un total de 2377 residentes, los psicólogos y los psiquiatras suman 208 **(4)**. Este sistema registra así, una gran capacidad de atención a la población. A partir de una investigación llevada adelante por Agrest, (1994) hecha a psicólogos y médicos residentes de hospitales del área metropolitana, se ha hallado que la edad promedio de los residentes de psicología clínica y de psiquiatría es de 27 años. Es entonces en estos nóveles profesionales en quienes se concentra una parte importante de la respuesta psicoterapéutica a nivel público. Ambos grupos profesionales tienen una formación de grado -programas, currícula, y contenidos- por completo diferente y sólo comparten un entrenamiento común durante su especialización. Las conductas de los egresados se modelan y se cualifican, como resultado de una relación organizada por la tradición por un lado, el sistema educativo y las relaciones colectivas de un país (Tripiet, 1998). A esto se lo conoce como espacio de cualificación que a su vez debe correlacionarse con el conjunto de trayectorias profesionales susceptibles de ser recorridas por cada generación.

La fase de formación constituye una etapa privilegiada

El psicoterapeuta en formación, en este caso el residente, está en una etapa de **configuración de su rol**, consistente en: a) generar capacidad empática y habilidad para sintonizar emocionalmente con el paciente b) iniciar su contacto con la tarea clínica c) nutrirse teóricamente. Dado el momento específico en el que se produce la capacitación y la configuración de la identidad profesional, se puede considerar este momento como de particular cambio. Esta etapa se da en la segunda mitad de los 20, donde simultáneamente se están asumiendo **a)** la configuración del rol profesional **b)** los roles maritales y parentales **c)** y donde hay una preocupación central en la generación de ingresos.

En el proceso de construcción del **rol profesional** debemos contemplar el peso o la pregnancia de los ideales profesionales (Elizalde, 2001) que contribuyen a generar las llamadas "**crisis a nivel del superyo profesional**" por las vivencias de culpa y transgresión que se producen. Es habitual que los profesionales en formación sigan los modelos de intervención de sus supervisores o docentes, aún cuando estos no se ajusten a su experiencia y práctica cotidiana (Jiménez, 2001), sólo por sometimiento al superyo profesional. El proceso de capacitación oscila entre fases de **identificación y desidentificación**. Para Bernardi, (1995) en dicho proceso, hay elementos de índole **narcisista**, donde el valor del terapeuta está en relación a la identificación con las posiciones teóricas, y componentes de tipo **objetal**, dados por la relación del terapeuta con sus maestros y con sus pares, la relación con la teoría de la cura que hay en juego, desplegándose en términos de lealtad o de crítica.

Los modelos teóricos, en el proceso de capacitación, constituyen un eje esencial. Son referencias que guían la selección de los datos y la comprensión del material que provee un paciente. Esto supone un proceso inferencial clínico, central en la labor psicoterapéutica. Dicha instancia es concebida como un proceso afectivo-cognitivo que plantea la recolección de elementos y en algunos casos la construcción de hipótesis de diversa índole (diagnóstica, pronóstica, interpersonal

u otras) (Leibovich de Duarte; 1996, 2000,2001,2002). Este proceso pone en evidencia el trabajo de recolección de información, la confección de prioridades de los elementos considerados, y el trabajo de diafragmado que realiza activamente la mente del psicoterapeuta. Como señala Paicheler (1984), todos manejamos una "epistemología del sentido común" para organizar y conocer el mundo. En esa misma línea, Sandler (1983) considera que el psicoanalista maneja "**teorías implícitas**", desde las cuales atribuye sentido a los datos que ofrece un paciente y desde allí guía el proceso analítico que va a tener lugar. En un estudio (Leibovich de Duarte, 2002) centrado en la exploración acerca de cómo pensaban un mismo material clínico un total de 42 psicoterapeutas (14 psicoanalistas, 14 psicoterapeutas sistémicos y 14 psicoterapeutas cognitivos), una mitad con más de 20 años de experiencia clínica -clasificados como *seniors*- y la otra con menos de 10 denominados *juniors*, se investigó el tiempo de formulación de una primera inferencia clínica. Allí se encontró que el 90% de los psicoterapeutas, independientemente de su filiación teórica y su nivel de experiencia, formularon su 1º inferencia clínica antes de transcurridos los 8 minutos de la sesión que leyeron y escucharon. Las inferencias clínicas -referidas a todo el material- formuladas por los psicoterapeutas **juniors** fueron de tipo descriptivo, es decir mostraban un adherencia notoria a lo dicho literalmente por la paciente y con una mínima inclusión de aspectos teórico-clínicos más amplios y complejos. Mientras que los psicoterapeutas **seniors** -independientemente de su filiación teórica- elaboraron inferencias más complejas que combinaban e integraban aspectos de diversa índole, vale decir, diagnósticos, pronósticos, evolutivos, de situación terapéutica, u otros.

En ese estudio, las diferencias más notorias quedaron entonces definidas de manera sobresaliente por el nivel de experiencia y no por la filiación teórica. Esta última puede localizarse sin embargo en el tipo de lenguaje utilizado -tanto en **seniors** como en **juniors**- en la formulación de sus inferencias. En general, los psicoterapeutas con más experiencia produjeron más inferencias clínicas , tanto en su clasificación de simples como de combinadas. En otro estudio previo, (Leibovich de Duarte et al., 2001) también se constató la diferencia en la

producción inferencial para los distintos marcos teóricos estudiados siendo el nivel de "experiencia" más relevante que la incidencia del "marco teórico".

Psicólogos y Médicos

Dado que la tarea clínica es llevada a cabo tanto por psicólogos como por psiquiatras y las residencias en Salud mental están conformadas por ambos es importante ubicar la multiplicidad de factores que hacen a las incumbencias profesionales: formación de grado recibida, capacitación específica durante la residencia –ya sea en conjunto - ambas profesiones- o por separado; todo ello sumado al entramado cultural, social, histórico y político determinado, conforma la **identidad profesional**.

En Chile, (Manzi, 1995) a partir de una investigación llevada adelante con grupos de psicólogos y psiquiatras (tomando como referencia los postulados de la Identidad Social de Tajfel) se registró un conflicto presente en el interior de esos grupos profesionales. Los conflictos que se ubicaron consistían en la delimitación del campo, percibida ya desde el entrenamiento de grado. Si bien había una representación tanto en psicólogos como en psiquiatras ligada a la "**similitud del rol de psicoterapeuta**", el mayor conflicto se ubicaba en la **delimitación de funciones y roles**, siendo este un tema que está aún pendiente en nuestro medio también.

Kingsbury (1987) en su investigación afirma que "**el psiquiatra**", es percibido por los psicólogos como aquel un personaje "**perdidos en la acción**". Aunque en un estudio realizado en Uruguay recientemente (Elizalde, 2001) se encontró que si bien los médicos poseen un mayor *furor curandis*, por otro lado están más acostumbrados al "dolor y al pedido de ayuda de los pacientes". Por su parte Kingsbury, años antes ya afirmó en su estudio que los psicólogos son considerados y vistos como "**perdidos en los pensamientos**", aunque resulten más hábiles en el manejo de las teorías psicológicas y posean un background teórico basado en innumerables citas y autores. Señala que para ellos "los hechos importan menos que las teorías que guían su pensamiento".

Conclusiones

El modelo teórico puede funcionar como un andamiaje que en la mente del psicoterapeuta. posibilita el uso de herramientas que guían el trabajo psicoterapéutico, a la manera de una "*teorización flotante*" (Piera Aulagnier, 1986) o de una "*teoría implícita*" (Sandler,1983).

En una investigación llevada adelante en Chile (Jiménez, 2001) uno de los defectos más ostensibles que se detectaron en la formación de psicoterapeutas fue el del **sesgo teorista**. En lugar de privilegiar aspectos cruciales inherentes a las necesidades propias de la clínica, es decir, a la formación de destrezas básicas, la formación teórica, supervisión clínica, y grupo operativo de terapeutas, los profesionales junior tendían a profundizar en lo teórico o a "**refugiarse en la intelectualización**" (Jimenez, 2001).

Las teorías en su uso defensivo son consecuentes con las representaciones que a veces portan el grupo de psicólogos. Sin embargo dicho uso defensivo no es privativo de ese grupo sino de los psicoterapeutas en formación en general. Donde la teoría se convierte en "**referencia totémica**" o en un bastón no productivo pero ritualístico. Según predominen componentes narcisistas u objetales podrá determinarse la adhesión inconsciente más o menos flexible o rígida a una teoría o el abandono de una teoría en relación a las diferencias o las lealtades con el grupo de pertenencia. El riesgo a su vez de tal ritualización o del mencionado refugio consiste en la **divergencia** que se crea entre lo que acontece en la clínica con el paciente (sus necesidades y expectativas) y el ideal del modelo profesional adquirido.

Bibliografía

Agrest, M. (1994). "Los residentes de salud mental en 1994. Características poblacionales y sus opiniones sobre la formación". Rev Acta Psiquiat y Psicol. Am. Lat.,41 (3) 219-229.

Aulagnier, P (1986). El Aprendiz de historiador y el maestro brujo. Buenos Aires, Amorrortu. 13-47.

Bernardi, R. (1995). "La focalización en Psicoanálisis". En: Psicoterapia Focal. Intervenciones psicoanalíticas de objetivos y tiempo definidos. Montevideo, Uruguay: Editorial Roca Viva, 69-82

Elizalde, J. H. (2001). "Las crisis del terapeuta" En: Psicoanálisis Focos y Aperturas. Montevideo, Uruguay: Psicolibros, 276-308.

Jiménez, J. P. et al. (2001). "La formación psicoterapéutica básica y el terapeuta principiante". Psicoanálisis Focos y Aperturas. Montevideo, Uruguay: Psicolibros, 262-275.

Kingsbury, S. (1987): "Cognitive differences between Clinical Psychologist and Psychiatrists". *American Psychologist*. Vol 42 (2):152-157.

Leibovich de Duarte, Adela (1996). "Diferencias Individuales en el Proceso Inferencial Clínico". *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA*, Vol. 4, 249-261.

Leibovich de Duarte, Adela (2000). "Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras formulaciones clínicas" *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. Nº 3, 97- 114.

Leibovich de Duarte, A.; Duhalde, C.; Huerín, V.; Rutzstein, G.; Torricelli F. (2001). "Acerca del proceso inferencial clínico en psicoanálisis". *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, No. 45 pp. 194-203.

Leibovich de Duarte, A.; Huerín, V.; Roussos, J; Rutzstein, G.; Torricelli F. (2002). "Empirical Studies on Clinical Inference: Similarities and Differences in the Clinical Work of Psychotherapists with Different Theoretical Approaches and Levels of Experience". En *IPA An open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. Editor: P. Fonagy . IPA. London. pp. 201-204.

Manzi, J. (1994). "Percepción de Roles profesionales de la Salud Mental en Chile" En J.P. Jimenez, C. Buguñá, A. Belmar (comp), Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados. 1993-1994. Santiago, Chile: SPR Corporación Universitaria, 71-87.

Paicheler, H. (1984). "La epistemología del sentido común: de la percepción al conocimiento del otro". En S. Moscovici (ed) Psicología Social. Buenos Aires: Paidós, 1986.

Programa de Residencias de Psiquiatría y Psicología (1987 y 1998). Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires.

Programa de Residencias de Psicología (2003). Dirección de Capacitación de Residencias en Salud Mental de la Municipalidad de la ciudad de Bs. As.

Sandler, J. (1983). "Reflections on some relations between Psychoanalytic Concepts and Psychoanalytic Practice". *Int. J. Psycho-Anal.* 64, 35.

Tripier, P. (1995). "*Del trabajo al empleo. Ensayo de sociología de la sociología del Trabajo*". Colección Economía y sociología del trabajo, España.

Notas

1) El escrito se inscribe dentro de la Investigación: "*Residentes en Psicología Clínica y en Psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas*" Doctorado en Psicología UBA.

2) Condición de acceso no tener más de 40 años y acreditar un máximo de dos años de graduación

3) *Los residentes comienzan su formación dividiendo su carga horaria en un 60% destinado a la formación y un 40% destinado a la asistencia, porcentaje que se va – en los programas- revirtiendo a lo largo de los 4 años de*

residencia aunque este porcentaje también varía según las exigencias de atención que plantean los Servicios.

4) Desde hace 4 años ingresan en al área de la ciudad de Buenos Aires 26 psicólogos y 26 médicos (Dirección de Capacitación de la Ciudad de Buenos Aires, 2003)