

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MINISTERIO DE SALUD

Ministro: Dr. Alberto De Micheli

DIRECCIÓN DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA

Director: Lic. Gabriel Listovsky

RESIDENCIA DE PSICOPEDAGOGÍA

Coordinadora General: Lic. Silvia Dubkin

HOSPITAL "DALMACIO VÉLEZ SARSFIELD"

AREA PROGRAMÁTICA

Jefa: Dra. Silvia Jodara

EQUIPO DE PSICOPEDAGOGÍA

Coordinadora: Lic. Betina Oddi

Jefa de Residentes: Lic. Gisela Ciola

TRABAJO DE INSERCIÓN 2006

“EL SUJETO QUE APRENDE...ORGANIZACIONES QUE APRENDEN”

ACERCA DE CÓMO SE DA EL APRENDIZAJE EN LAS DIFERENTES
RESIDENCIAS DEL HOSPITAL VÉLEZ SARSFIELD.

AUTORAS

LIC. ANDREA DONATO
LIC. M. CARLA FERNÁNDEZ

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
UN HOSPITAL... UN POCO DE HISTORIA... ..	9
Características generales del hospital.....	10
Equipo de Psicopedagogía y su relación con el Área Programática.....	14
LA RESIDENCIA COMO SISTEMA DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO	18
El hospital como ámbito de aprendizaje.....	32
El lugar del aprendizaje dentro de la organización	32
ANÁLISIS DE DATOS EXTRAÍDOS DE LAS ENCUESTAS A LOS RESIDENTES DEL HOSPITAL	37
Las diferentes residencias en el Hospital Vélez Sarsfield.....	37
Análisis de datos	42
PROPUESTAS A MODO DE CIERRE Y APERTURA	53
CONCLUSIONES.....	55
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXO	62
Entrevista a la Licenciada Silvia Dubkin	68
Entrevista a Jefa de Residencia de Psicopedagogía.....	78
Entrevista a Jefa de Residentes de Farmacia.....	82
Entrevista a Jefa de Residentes de Toco - Ginecología.....	87
Entrevista a Instructora de Residentes de Fonoaudiología.....	93
Entrevista a Jefa de Residentes de Pediatría.....	98
Entrevista a Jefa de Residentes de Clínica Médica.....	103
Entrevista a Jefa de Residentes de Cirugía General.....	108
Entrevista a Jefa de Residentes Médicos Generalistas	112

Queremos agradecer a Lic. Gisela Ciola y Lic. Betina Oddi por la supervisión permanente y afectuosa de este proceso.

A todas nuestras compañeras residentes de Psicopedagogía por su colaboración, contención y aliento, quienes nos abrieron cálidamente un espacio para transitar juntas nuestra formación profesional.

A la Lic. Silvia Dubkin, por brindarnos una entrevista y compartir con nosotras sus experiencias.

Y a todos aquellos Residentes, Jefes e instructores de Residentes del Hospital Vélez Sarsfield que colaboraron con nosotras brindándonos su valioso y efímero tiempo, permitiéndonos conocer sus pequeños mundos...

Agosto 2006

INTRODUCCIÓN

Año 2005: Nuestro rol de estudiantes universitarias de la carrera de Psicopedagogía quedaba atrás, un nuevo desafío nos esperaba...dedicarnos a desarrollar nuestro rol profesional, empresa que por cierto despierta nuevos miedos y ansiedades.

¿Y ahora qué hago? nos preguntábamos, cada una de nosotras desde realidades diferentes.

Coincidimos ambas, ahora licenciadas, que una manera apropiada e interesante de comenzar a formar nuestra “identidad profesional”, sería “entrando” en la Residencia de Psicopedagogía perteneciente al Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, un Sistema de Capacitación en servicio.

Dice Carballeda: *“La identidad se construye en la interacción, en la influencia mutua, en el espacio de la vida cotidiana; se elabora dentro de un sistema de símbolos... significaciones que abarcan el trabajo, la vivienda, la salud, etc. Así también se crea una posición o mirada en relación con las necesidades sociales y su impacto en la cotidianeidad”*.¹. Esta serie de significaciones nos marcan el rumbo, nos ubican desde una posición o una mirada en relación al quehacer psicopedagógico en el marco de nuestra inserción al Sistema de Salud.

Y así nos embarcamos en el proyecto: preinscripción por Internet, búsqueda de material bibliográfico, lectura de los textos, resúmenes, estudio,...Marzo: inscripción en el concurso 2006 para ingreso a residencias y/o concurrencias en la Dirección de Capacitación y Desarrollo, charla informativa con la Lic. Silvia Dubkin...nervios...examen...búsqueda desesperada por Internet de los resultados...Bronca por algunas de nuestras respuestas y por el sistema de múltiple choice. La entrega de los promedios de la carrera, los Ranking...etc, etc.

Y finalmente quedamos con “cierto orgullo” dentro de las 12 beneficiarias de las vacantes de cargos de psicopedagogas que existen dentro del Sistema de Salud del GCBA para repartirse entre las seis sedes base de la residencia de Psicopedagogía. Dos residentes por sede: Hospital Gutiérrez; Hospital Durand; Hospital Argerich (CESAC N°15); Hospital Penna (CESAC N°10); Hospital Piñero; y Hospital Vélez Sarsfield.

Aquí se nos presentaba un nuevo problema: ¿qué elegir? ¿podríamos elegir? Y comenzó nuestro peregrinaje por algunas de las sedes para conocer su funcionamiento, actividades y algunas de las personas que serían nuestras futuras compañeras de trabajo...

¹ Carballeda, A. *“La intervención en lo social”* Paidós, Bs. As. 2002. Pág. 100

Y así llegó el día de la Adjudicación en el Hospital Udaondo, por cierto con mucha emoción, allí se definía nuestra “inserción” en un lugar, en un espacio geográfico, en el marco de una organización concreta, un hospital o Centro de Salud. El hospital considerado como una “Institución de existencia”, al igual que la institución familia y la escuela “...centrada en las relaciones humanas, en la trama simbólica e imaginaria donde éstas se inscriben y no en las relaciones económicas. Operan con seres humanos a los que les posibilitan o no vivir, trabajar, educarse, confrontarse, curarse, cambiar y tal vez crear el mundo a su imagen”².

Finalmente nos incorporamos al lugar elegido, el Equipo de Psicopedagogía perteneciente al Hospital Vélez Sarsfield, en donde fuimos recibidas cálidamente por todo el equipo.

Si bien éste fue el momento “oficial” de nuestra inserción, creemos que la misma comenzó mucho antes, desde el momento en que deseamos poder formar parte de la Residencia de Psicopedagogía.

“En cuanto un sujeto entra en una organización, le espera allí un rol determinado por ella. Pero entra con una historia personal, familiar y organizacional que condiciona la modalidad de asunción de dicho rol”.³

Después de algunos días “muy intensos” nos embarcamos en la construcción de nuestro trabajo de inserción.

Comenzamos leyendo los trabajos de inserción previos realizados por las residentes desde el año 1998 hasta el 2005. Sabíamos que ahora formábamos parte de un equipo de trabajo con una historia y una cultura particular.

*“Sostener la perspectiva histórica en las Instituciones es sostener su identidad”*⁴ y como señala la autora Corvalán (1996): la importancia del “Recordar” como articulador entre la subjetividad individual y grupal.

Muchas de nuestras ideas iniciales se frustraban al descubrir que ese tema ya había sido abordado por otra dupla, hasta que de a poco y a partir del primer Ateneo de la Residencia en donde las residentes de segundo año presentaron sus trabajos de inserción y descartando varias ideas previas se fue delineando así nuestro tema.

Nuestro principal referente fue un trabajo de inserción del año 2002, realizado por las licenciadas De Leo y Malfetano⁵ titulado “*Acerca de cómo sigue aprendiendo un*

² Garay, Lucía, en Ida Butelman, Comp. *“Pensando las instituciones”*. 1996. Pág 134

³ Schvarstein, L. *“Psicología Social de las Organizaciones”*. (1991)

⁴ Dabas, Elina. *“Principios orientadores para favorecer la integración del ingresante al sistema de salud (Residentes y Concurrentes)”* GCBA. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. Julio 2002

psicopedagogo” en cuya primera parte, las autoras describen el Sistema de Residencias como un Sistema de Capacitación en Servicio y mencionan las diferentes instancias de formación y capacitación por las que transita la residencia de Psicopedagogía.

Nosotras retomamos ese trabajo, y más allá de nuestro interés por saber aún más acerca de nuestro Sistema de Capacitación en servicio, nos interesó conocer cómo se aprende en las diferentes Residencias Médicas y las otras del equipo de Salud comúnmente denominadas “no médicas”⁶, partiendo de la hipótesis de que existen diferencias en la forma de organización de las residencias y en las modalidades de aprendizaje de los residentes. Creemos: existen diferentes modos de posicionarse con respecto al aprender.

Para ello nos conectamos con residentes, jefes e instructores de las diferentes Residencias que tienen su base en el Hospital Vélez, nuestra sede, y realizamos encuestas a los primeros y entrevistas a los segundos y terceros para interiorizarnos de cómo se da el aprendizaje en otras residencias, con qué instancias de formación y capacitación cuentan cada una de ellas y cuáles serían las concepciones, imágenes y/o representaciones acerca del aprendizaje que tienen los residentes de diferentes disciplinas dentro del marco de un Sistema de Capacitación en Servicio.

“Los modelos mentales son las imágenes, supuestos e historias que llevamos en la mente acerca de nosotros, los demás, las instituciones y todos los aspectos del mundo”...los modelos mentales determinan lo que vemos...todos éstos por definición adolecen de limitaciones”⁷

Y como estos modelos suelen ser tácitos y rara vez son sometidos a verificación y examen, el propósito de nuestro trabajo de inserción será explorarlos, considerar cómo influyen en nuestros actos, de tal manera que cuando sea necesario podamos encontrar caminos para modificarlos mediante la creación de nuevos modelos mentales que nos resulten más válidos y útiles para resolver los problemas que nos plantea la tarea cotidiana en el hospital o Centro de Salud. En definitiva analizar por qué pensamos y actuamos de determinada manera. (Listovsky, 2003)

Además de nuestro eje central “Acerca de cómo se aprende en las diferentes residencias”, nos propusimos realizar una actualización de los datos del Hospital, ya que descubrimos que algunos de los mismos, profesionales y actividades se fueron modificando a lo largo de los últimos años.

⁵ Las Licenciadas De Leo y Malfetano formaron parte del Equipo de Residentes de Psicopedagogía del Hospital Vélez Sarsfield entre el año 2002 y el 2004.

⁶ La mención por la negativa marca la hegemonía de “lo médico” por sobre lo “no médico”.

⁷ Listovsky, Gabriel. *Programa de Formación de formadores*...GCBA. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. 2003 Pág. 22.

Y finalmente, nos pareció interesante incluir algunos datos estadísticos más actualizados en relación a las características de la población que concurre al hospital e incluir información acerca del flamante CESAC N° 36, (Centro de Salud y Acción Comunitaria) perteneciente al Área Programática del Hospital que fue inaugurado en diciembre de 2005; y en donde algunas residentes del equipo de Psicopedagogía se han insertado en algunos programas y actividades que allí se realizan.

En definitiva el objetivo estará centrado en la concreción de un trabajo de inserción cuyos resultados sean útiles no sólo para cuestionarnos, para tener una actitud crítica y reflexiva en cuanto al quehacer profesional del psicopedagogo, sino también permita un acercamiento entre los diferentes actores que forman parte de este escenario institucional.

En síntesis los objetivos del presente trabajo de inserción son:

Objetivos generales:

- Realizar un análisis de los beneficios del hospital como formador de profesionales. Indagar acerca de cómo se da el aprendizaje y las instancias de capacitación en las diferentes residencias en el Vélez Sarsfield (tanto las médicas como las otras residencias del equipo de salud).
- Indagar acerca de las representaciones, concepciones y modalidades de aprendizaje en los profesionales de las diferentes residencias.
- Realizar algunas conceptualizaciones teóricas a partir de la información obtenida.
- Promover a través de nuestro trabajo de inserción el intercambio y favorecer la comunicación con los diferentes profesionales dentro del Hospital.

Objetivos específicos

- Caracterizar el Sistema de Residencias en general y en especial la Residencia de psicopedagogía.
- Caracterizar la Residencia de Psicopedagogía dentro del Hospital Vélez Sarsfield.
- Caracterizar las diferentes residencias que tienen como base este Hospital, tanto médicas como las otras residencias del equipo de salud.

- Realizar una actualización de datos del hospital Vélez Sarsfield, (modificaciones edilicias, servicios con los que cuenta, residencias del hospital, área de influencia del mismo, estadísticas poblacionales, etc.)
- Realizar una descripción del Área Programática y del CESAC N° 36, como además de aquellas actividades desarrolladas por el equipo de psicopedagogía durante el año 2006.

Metodología de trabajo:

Para la confección de nuestro trabajo realizaremos un rastreo bibliográfico, lectura de trabajos de inserción previos, lectura de material disponible en páginas web, etc.

Además realizaremos encuestas y entrevistas semidirigidas especialmente diseñadas a residentes, jefes, instructores del Hospital Vélez Sarsfield; como además también a la coordinadora General de la Residencia de Psicopedagogía: la Lic. Silvia Dubkin. (Las entrevistas serán grabadas para que el registro resulte así más fiel)

(Nota: Los modelos de encuesta y entrevista y el material completo de las entrevistas propiamente dichas se adjuntan en un anexo hacia el final del presente trabajo).

De las encuestas realizadas intentaremos realizar un análisis cuantitativo y cualitativo de los datos extraídos y se incluirán algunos gráficos representativos.

“Me impulsaba algo parecido a una necesidad de organizar y saber. ¿Saber qué? Quizá saber cómo “hacer” mi profesión, saber cómo hacer psicopedagogía en un hospital. Saber qué se sostiene en ese interrogante, saber qué se sostiene en esa falta de respuestas”

(Passano Susana, 1991)

UN HOSPITAL... Un poco de historia...

“Indagar historias institucionales posibilita apropiarse de la historia y que la historia sea de todos”⁸
(Corvalán de Mezzano, Alicia)

El Hospital Vélez Sarsfield fue fundado en 1914. El 11 de febrero de dicho año, se designó Director del "Hospital Vecinal Dr. Dalmacio Vélez Sarsfield" al Dr. Luis F. Pippo, siendo este último su Director Fundador.

El 16 de marzo de 1914, según consta en el Libro de Ordenanzas del Concejo Deliberante, son nombrados los Dres. Francisco Scarella y Santiago Casullo en calidad de médicos del servicio permanente del hospital.

En 1917, el "Hospitalito", como se lo llamó desde el comienzo afectuosamente, se traslada a la propiedad del Sr. Fortunato Stelbizer, ubicada en la Av. Avellaneda 4113, esquina Gualeguaychú. Allí permaneció durante más de tres décadas.

El cargo de Director fue ocupado, finalizada la función del Dr. Pippo, por el Dr. Santiago Ragno, quien en 1923 fue sucedido por el Dr. Ignacio Torres.

En 1926, asume la dirección el Dr. Eduardo Centeno, quien en trece años de ardua labor consigue grandes adelantos. Entre ellos, cabe destacar la creación de consultorios en las especialidades de Clínica Médica, Pediatría, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Laboratorio y Kinesiología.

A partir de 1939, el Hospital fue dirigido por el Dr. Raúl Rumbado, propulsor de las obras de construcción del nuevo edificio, proyectado para 326 internados, habiendo previsto dotarlo de los últimos adelantos técnicos y científicos.

El 6 de junio de 1949, se inaugura el nuevo Hospital y la Maternidad "Clara Alurralde de Lanús" en el edificio que hasta hoy ocupa, en la calle Cnel. Pedro Calderón de la Barca 1548/50.

⁸ Corvalán de Mezzano, Alicia, en Ida Butelman, Comp, *“Pensando las instituciones...”* Paidós. Buenos Aires.1996.

Características generales del hospital.

El hospital Vélez Sarsfield es un "Hospital General de Agudos", lo cual nos habla de las varias especialidades de patologías que asiste, además de la promoción de la Salud y prevención de enfermedades.

Las especialidades médicas que se encuentran en el hospital son: Cardiología, Clínica Médica, Dermatología, Fisioterapia, Foniatría, Fonoaudiología, Gastroenterología, Ginecología, Kinesiología, Neumonología, Obstetricia, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Proctología, Psiquiatría, Traumatología, Urología, Cirugía General, Clínica Pediátrica, Neonatología. El hospital cuenta también con un servicio de Salud Mental.

El hospital posee un edificio de tipo compacto con una superficie cubierta de 6498m. En el 2003 se ha dado inicio a obras de ampliación y remodelación en el mismo. Dichas obras ya están concluidas y prontas a ser inauguradas.

Las obras incluyeron la construcción de 60 consultorios externos, cuatro enfermerías, cuatro despachos para jefes, un estar médico, un aula y sanitarios para el personal, sala de espera para 120 personas, mesón de atención, confitería, sanitarios para público y seis oficinas. Además, un subsuelo donde se ubicarán vestuarios, taller de mantenimiento y depósito.

Las obras abarcaron una superficie de 3.200 metros de los cuales 1.930 m son obra nueva, 460m de remodelación y 790 m del subsuelo técnico.

Área de Influencia.

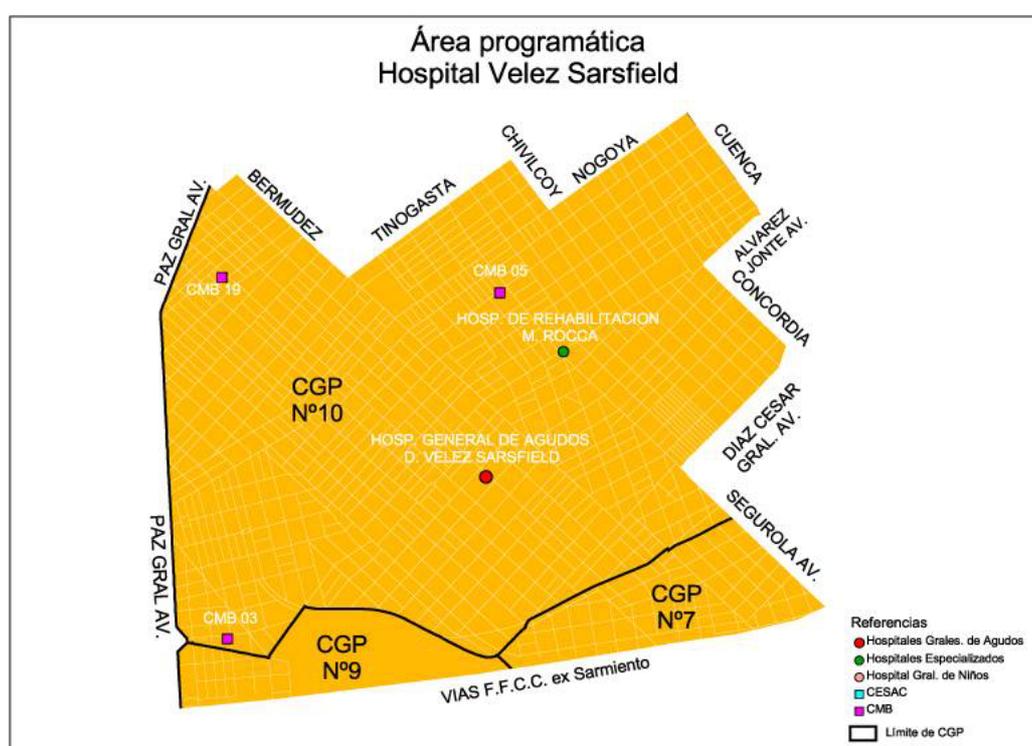
Las organizaciones de salud son organizaciones sociales, compuestas por personas que trabajan juntas y se hallan insertas en un territorio habitado por personas, organizadas en núcleos familiares y de convivencia y por otras instituciones comunitarias, escuelas, clubes, comedores comunitarios, organizaciones barriales, etc. (Dabas, 2002)

El hospital se halla ubicado en el barrio Monte Castro, al oeste de la Ciudad de Buenos Aires.

Es una de las zonas más altas de la ciudad. Los vecinos del lugar dicen que pararse en la esquina de Av. Segurola y Camarones es como hacerlo en la punta del obelisco ya que se estaría a la misma altura. Otro dicho de sus habitantes es que el viento sopla con más fuerza en Monte Castro y las inundaciones no pueden tocarlo. Los desbordes del arroyo Maldonado, que corre

bajo la Av. Juan B. Justo y pasa cerca de los límites barriales, no afectan ninguna zona del barrio. El barrio se caracteriza por sus casas bajas, chalets y calles arboladas. Tiene numerosas cortadas y pasajes.

El Área Programática del mismo se halla delimitada por: Av. General Paz, vías del Ferrocarril Sarmiento, Av. Segurola, César Díaz, Concordia, Álvarez Jonte, Cuenca, Nogoyá, Chivilcoy, Tinogasta y Bermúdez. Cubre sanitariamente, una extensión de aproximadamente 1000 manzanas.



El hospital posee un área de influencia extracapitalina de la zona oeste de la provincia de Bs. As. fundamentalmente el partido de Tres de Febrero (Ciudadela y Caseros) debido a su cercanía y fácil acceso por diversos medios de transporte (colectivos, ferrocarril Sarmiento, etc).

La comunidad correspondiente al Área Programática se caracteriza por pertenecer a la clase media, media baja. Cabe destacar el alto porcentaje de inmigrantes que concurre al Hospital y al CESAC N° 36. Los mismos son en su mayoría bolivianos y peruanos.

Se ha observado también la presencia de algunos integrantes de la comunidad gitana circulando por los pasillos del hospital.

En el año 2004 el Departamento de Epidemiología de Dirección General Adjunta de APS. Secretaria de Salud- GCBA en Análisis de la situación de salud (ASIS) de la población de

la ciudad de Buenos Aires, realizó un análisis de las características demográficas de los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, quedando la ciudad dividida en cuatro sectores:

1. Sector Norte: incluye los CGP N° 6, 2 norte, 14 oeste, 13 y 14 este.
2. Sector Noroeste: incluye los CGP N° 10, 11, 12
3. Sector Intermedio: Parte sudoeste y la parte este CGP N° 9, 7, 2 sur y 1.
4. Sector Sur: incluye los CGP N° 8, 5, 4 y 3

El número dos, el sector noroeste, incluye el CGP N° 10; éste último abarca la zona del área programática de nuestro Hospital.⁹

Con respecto a los indicadores socio-económicos¹⁰; si consideramos a las necesidades básicas insatisfechas (medida por infraestructura habitacional, escolaridad de los niños en edad escolar y ocupación del jefe de hogar), el sector noroeste presenta un 3.2%. Mientras que 13.9% de la población de dicho sector se encuentra por debajo de la línea de pobreza/indigencia.

En cuanto a la tasa de desocupación en la población del sector que abarca nuestro Área Programática es de 10.6%. El ingreso Per capita familiar es de \$577.9.

En cuanto a la población, el 23.2% no posee cobertura social ni prepaga dependiendo exclusivamente su cobertura del subsector estatal para atender sus necesidades de salud. El 51% posee cobertura médica de Obra Social y el 16.9% de medicina prepaga.

Con respecto a la población de mayor edad de la Ciudad de Buenos Aires en un artículo publicado en diciembre del 2004 por el Diario La Nación, “Más de 300 porteños superan los 100 años”,¹¹ Ricardo Quesada realiza un análisis de los CGP más envejecidos, éstos se sitúan en una franja central que cruza la ciudad en sentido este-oeste comprendiendo los CGP 2 norte, 6, 7 y 9 y desde este último se proyectan hacia el norte bordeando el límite de la ciudad por la avenida General Paz, en los CGP 10, 12 y 13. El CGP N° 10 (El correspondiente a nuestra Área Programática) posee el 23.9 % de la población mayor a 60 años; por lo cual es un CGP envejecido. Siendo los CGP N° 2 y N° 9 los más envejecidos con un porcentaje de 24.3% de población perteneciente a la tercera edad. Es notable la prevalencia, en la población de mayores de 60 años, de mujeres con respecto a los hombres.

⁹ Datos extraídos de: *Análisis de la situación de salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires-Año 2003*. Departamento de epidemiología. Dirección General Adjunta de APS. Secretaria de Salud- GCBA. Buenos Aires, diciembre de 2004

¹⁰ igual que el anterior (tabla 1 elaborada por la base de datos de la EAH 2003 y del CNPHV 2001)

¹¹ Ricardo Quesada “*Más de 300 porteños superan los 100 años*” LA NACION LINE, Diciembre 09, 2004 <http://www.lanacion.com.ar>

Área Programática.

Lemus define un Área Programática como: *“Una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita”*.¹²

La Resolución 30/1990 define como Área Programática a una *“Zona asignada planificadamente a una o varias instituciones de salud para que realicen sobre ella acciones integrales e integradas de salud para sus habitantes y su medio ambiente, siendo conveniente que forme parte de una región sanitaria”*¹³

El Área Programática se basa en dos estrategias: APS y SILOS. Ambas están destinadas a lograr equidad, oportunidad y extensión de la cobertura con calidad, con costos accesibles y si bien favorecen a los más desfavorecidos, asimismo resuelven los problemas globales de los sistemas de salud.

La Atención Primaria en Salud (APS) concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación; propiciando al mismo tiempo la autorresponsabilidad y participación de la comunidad.

El Área Programática del hospital Vélez Sarsfield, cuenta desde el 1º de Agosto del año 2005, con el CESAC N° 36, situado en la calle Mercedes 1371, esquina Magariños Cervantes.

Los servicios que incluye dicho Centro de Salud son: Clínica Médica, Enfermería, Farmacia, Ginecología, Medicina Familiar, Obstetricia, Odontología, Pediatría, Psicología, Trabajo Social y Psicopedagogía.

El Centro de Salud Comunitaria *“ha de desempeñar un papel importante en la coordinación intersectorial y en la detección de casos y problemas”*¹⁴ Según lo planteado por Lemus, las funciones de promoción y prevención que hacen referencia a actuaciones sanitarias programadas sobre individuos o grupos de población específicos o de riesgo, son asumidas y desarrolladas primordialmente por el Centro de Salud. Esto, lo vemos reflejado en las actividades que se llevan a cabo en el CESAC 36 (Control de embarazo, Preparación integral para la maternidad; Control integral del niño, adolescente y adulto; Atención odontológica; Controles ginecológicos PAP y COLPOSCOPIA; Vacunatorio...)

¹² Lemus, J. *“Áreas Programáticas”*. Ed Kohan. Buenos Aires, 1994. Pág. 42

¹³ Lemus, J. Op Cit, Pág 59.

¹⁴ Idem anterior.

Las actividades en las cuales participan psicopedagogas son las siguientes:

- Talleres de reflexión con padres sobre la crianza en las diferentes etapas.
- PROSAM (Programa para adultos mayores)
- PAN (Programa de Apoyo Nutricional.)
- OVO (Orientación Vocacional Ocupacional) Realizado por residentes de psicopedagogía del Área Programática.
- Diagnóstico y tratamiento psicopedagógico.
- Talleres de psicoprofilaxis dentro del marco de Salud Escolar.

Equipo de Psicopedagogía y su relación con el Área Programática

La Psicopedagogía, está desde los inicios del Área Programática, ya que uno de los primeros profesionales que conformaron el Equipo fue una psicopedagoga, la Licenciada Silvia Dubkin.

“Gané una beca; me mandan al Vélez en donde no había equipo de psicopedagogía y ahí voy a crear el equipo; esto fue el primer día hábil de 1989. Armo un equipo con concurrentes y después se incorpora Betina Oddi que también venía del Zubizarreta. Junto al Dr. Lombardo se conforma el Área Programática....En 1995, fue aceptado el Vélez como sede de rotación, junto con el Piñero. En el 1997 se considera como sede base de la residencia” (Entrevista a la Lic. Silvia Dubkin, 2006)

Actualmente la jefa del Área Programática y del CESAC 36 es la Doctora Silvia Jodara.

El Equipo de Psicopedagogía está coordinado por la Lic. Betina Oddi.

El Área Programática del hospital está formada por un equipo interdisciplinario que incluye las siguientes disciplinas: Pediatría, Fonoaudiología, Trabajo Social, Psicopedagogía, Psicología, Enfermería, Clínica Médica y Odontopediatría.

La interdisciplinariedad fue desde los comienzos de la participación del Equipo del Psicopedagogía un eje fundamental, por lo cual, esa primera actividad marcó un camino a seguir: *“En lo actos primeros de constitución de una organización, es decir en el momento de fundar, instituir, se marca un rumbo histórico, una senda más o menos instituyente...en el sentido de posibilidad creativa, socializante y transformadora”¹⁵*

La primera actividad realizada por el equipo fue dentro del programa de Salud Escolar, a partir de la iniciativa de la Lic. Silvia Dubkin y el Dr. Lombardo (jefe del Área Programática en

¹⁵ Corvalán de Mezzano, Alicia, Op cit.

ese momento). Consistía en realizar un taller de Psicoprofilaxis con niños de preescolar previo al Control integral de Salud realizado por un equipo interdisciplinario.

El Equipo de Psicopedagogía se inserta en actividades interdisciplinarias, desde dos programas que organizan el trabajo del servicio: el de Salud Escolar y el de Salud Comunitaria, cada uno de ellos contempla subprogramas y diferentes actividades para las cuales se han conformado subequipos de profesionales

El **Programa de Salud Escolar** queda a cargo del Área Programática, ya que... *“es función del Área Programática colaborar con las autoridades locales de educación, para optimizar la ejecución del Programa de Salud Escolar a cargo del sector, interviniendo en todas las acciones relacionadas con la salud de los niños y adolescentes en edad escolar”*¹⁶.

Se incluyen dentro de este programa veintiséis escuelas de nivel primario e inicial, siete escuelas del nivel medio, dos escuelas de educación artística, tres escuelas primarias de adultos, cuatro escuelas especiales, un instituto de nivel terciario y una escuela de recuperación, todos ellos pertenecientes a los distritos N° 17 y 18.

Dentro del Programa de Salud Escolar, las actividades que realiza el equipo de Psicopedagogía del hospital son las siguientes:

- Control integral de salud: (screening) Actividad interdisciplinaria en la cual participa Pediatría, Fonoaudiología, Odontología, Vacunación y Psicopedagogía. En esta actividad se realiza la apertura de la libreta sanitaria (L.O.S.E.) en sala de cinco años y la renovación de la libreta en cuarto y séptimo grado. Psicopedagogía participa de la psicoprofilaxis en preescolar. Se informa y se prepara a los niños para las posteriores revisiones, éste es un espacio lúdico-preventivo. Antes del encuentro con los chicos se realiza una entrevista telefónica con la docente de los mismos para indagar cuestiones relacionadas con las características del grupo. Durante el taller se utilizan unas tarjetas con imágenes de las instancias de la revisión médica y del cuidado de la salud en general. Las imágenes del juego funcionan como soporte visual y disparadoras de la expresión de propias vivencias, sentimientos, temores y ansiedades. Posteriormente se divide al grupo en subgrupos y se propone a modo de cierre el juego del “Memotest” con las imágenes antes trabajadas. Consideramos que en ese momento recreativo los chicos pueden distenderse y volver a resignificar a través del juego lo socializado grupalmente. Además del taller se ofrece un espacio de Consultoría Psicopedagógica para padres.
- Orientación educacional: Actividad desarrollada con alumnos de séptimo grado. Es una tarea de prevención y promoción de salud en la escuela. El objetivo de dicha actividad es

¹⁶ Lemus, J. Op cit.

ofertar un espacio de reflexión, información y orientación, propiciando acompañar al niño en el momento de transición entre el primer nivel de enseñanza y el segundo nivel de educación.

- Grupos terapéuticos de padres de niños y adolescentes.
- Grupo terapéutico de adolescentes.
- Derivaciones: De Educación (EOE 17 y EOE 18, Escuelas de recuperación y Escuelas Medias), de otros profesionales de Área Programática o del hospital.
- Diagnósticos y tratamientos psicopedagógicos, individuales, con orientación a padres.
- Admisiones: Conjuntas con el Equipo de Psicología (entrevista individual con los padres y el niño o adolescente derivado)
- Talleres interdisciplinarios en las escuelas: Espacio de Educación para la Salud; coordinado por psicólogos, psicopedagogos y pediatras. Temas: sexualidad, SIDA, conductas adictivas, nutrición, límites...

El **Programa de Salud Comunitaria** tiene como objeto generar la participación, autogestión y responsabilidad del cuidado de la salud de la población.

En la XII Reunión del Consejo Directivo de la OPS se definió “Participación comunitaria” como:... *“el proceso que crea en los individuos un sentimiento de responsabilidad en cuanto su salud y a la de la comunidad, así como la capacidad de participar conscientemente o constructivamente en los programas cuyo objetivo sea el bienestar de la población”*.¹⁷

Dentro del programa de Salud Comunitaria, las actividades que realiza el equipo de Psicopedagogía del hospital son las siguientes:

- Grupos de Orientación Vocacional-Ocupacional: Actividad desarrollada, en el CESAC N° 36, con alumnos de 5° o 6° año del secundario. Esta actividad es grupal, contando con dos instancias individuales en el proceso (entrevista inicial y de devolución)
- “Vení que te cuento” Espacio de lectura de cuentos, tanto individual como grupal, en sala de espera de pediatría.
- “Contá conmigo”: Espacio de lectura de cuentos en la sala de internación de pediatría. La lectura se realiza de manera individual (debido a las limitaciones de movilidad que impone el encuadre). Las dos actividades apuntan a favorecer la lectura por parte de los niños.
- “Grupo de crianza”: Espacio de reflexión grupal. Este espacio está destinado a padres y bebés que asisten al consultorio del niño sano para realizar los primeros controles de salud. Se

¹⁷ Lemus, J. Op cit, pág. 111

trabajan pautas de crecimiento, desarrollo y aprendizaje. Este espacio es coordinado por psicólogas, pediatras y psicopedagogas.

- PROSAM Programa de Adultos Mayores: Actividad desarrollada en el CESAC N° 36. Es un espacio de promoción de salud para la tercera edad.

- PAN. Programa de Apoyo Nutricional. Consiste en una actividad preventivo – asistencial destinada a una población con riesgo nutricional. El PAN es un convenio del ministerio de Salud y Acción Social y el GCBA. Esta actividad se lleva a cabo en el CESAC N°

36. Las actividades que componen el programa son:

- Juegoteca para los niños: Actividad en el cual participa Psicopedagogía y Fonoaudiología. En este espacio se propicia el juego como promotor de la salud, la socialización y la construcción de recursos creativos; siendo un lugar privilegiado para detección precoz y diagnóstico.
- Grupos de reflexión para padres: Actividad coordinada por psicólogos, pediatras, fonoaudiólogas y psicopedagogas. Se trabajan diversas temáticas en relación a las funciones parentales, aprendizaje, crianza y desarrollo de sus hijos.
- Entrega de leche a las familias de los niños en situación nutricional de riesgo.
- Control de Salud: Consiste en la asistencia familiar periódica, incluye revisión médica y orientación a padres.

LA RESIDENCIA COMO SISTEMA DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO

La autora Elina Dabas define al sistema de residencias como “... *el espacio cotidiano privilegiado para el aprendizaje, el del saber hacer, el lugar que construye la subjetividad del que aprende, en donde se moldea el pensamiento y el comportamiento social y profesional*”¹⁸

En el cuadernillo para ingresantes al Sistema de Residencias¹⁹ se ponen a conocimiento de los aspirantes a residentes y/o concurrentes, las principales características de ambos sistemas, los requisitos formales de ingreso y los pasos a seguir en el concurso. Además se incluye una pequeña síntesis de las modalidades de funcionamiento y lineamientos generales de los programas, definiendo a la residencia como:

*“...un sistema remunerado de capacitación de postgrado inmediato, a tiempo completo con dedicación exclusiva”...“...es un sistema de capacitación continua, se ofrece a los residentes espacios de formación, esto es, desarrollar actividades asistenciales programadas y supervisadas en instituciones dependientes del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta capacitación se desarrolla en el ámbito intrahospitalario, como así también extramuros, en íntima relación con la comunidad a la que se dirige y en el marco de la Atención Primaria de la Salud, destacando aspectos de prevención y promoción de la salud en donde permite realizar actividades asistenciales programadas y supervisadas”*²⁰

Las Residencias se desarrollan dentro del Sistema de Salud del GCBA, integrado por trece Hospitales Generales de Agudos y sus respectivas Áreas Programáticas, dos Centros de Salud Mental y treinta y cuatro Centros de Salud y Acción Comunitaria y diecinueve hospitales especializados.

Este sistema posee una organización que se estructura en base a la noción de capacitación en red. “*Los Programas de Residencia prevén en el caso que sea necesario, completar la formación en la red de servicios de la Ciudad de Buenos Aires, con rotaciones en otras instituciones de la Ciudad, como del interior del país o del exterior*”²¹

¹⁸ Dabas E. Colaboradores: Listovsky, Dubkin y Cabral. “Principios Orientadores para favorecer la integración del ingresante al sistema de salud. relatoría de una experiencia: recepción de ingresantes al sistema de formación de residencia”GCBA. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. Septiembre 2003 pág8

¹⁹ GCBA. “Sistema de Residencias y Concurrencias” Secretaría de salud. Dirección general de desarrollo de recursos humanos de salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo, 2004.

²⁰ Idem anterior.

²¹ Idem anterior.

Esta concepción que sustenta al sistema, permitirá la complementariedad en la formación del residente, en tanto cada sede y cada servicio no funcionen bajo el paradigma del archipiélago según el cual cada unidad funciona por sí misma, aislada de la otra, creyéndose autosuficiente.

El Sistema de Residencias, puede ser pensado como un sistema abierto, en donde se *“admite el ingreso y egreso de las singularidades que lo componen así como la posibilidad de cambios en las funciones que éstas desempeñan. Esta característica hace que la organización rechace la compartimentación”*.²²

La modernidad se caracterizaba por un pensamiento lineal centrado en la razón, en donde este conocimiento priorizó los estándares; las grillas explicativas que posibilitaban ordenar la realidad de acuerdo a criterios previamente establecidos, ahistóricos y descontextualizados; donde se valorizó lo cuantitativo; construyendo instrumentos de medida para evaluar y juzgar lo que sucedía. En donde las emociones, la pasión, la intuición y lo artístico eran considerados productos menores y desvalorizados.

El paradigma de la Complejidad introduce una racionalidad diferente donde se incluye el valor de los afectos, de las percepciones. *“El conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad; la comprensión resulta más importante que la predicción; se revaloriza la intuición y la innovación”*.²³

La entrada en esta cultura de la complejidad nos lleva a visualizar el universo como una red de interacciones. Surgen entonces otras formas de concebir la relación entre las personas: las redes y las concepciones heterárquicas. Este concepto se refiere a la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. La red apela permanentemente a la reciprocidad. Es decir saber que cuando se convoca se debe esperar a la vez ser convocado y cuando se solicita ayuda, saber que nuestra ayuda será también solicitada. (Dabas, 1999)

En relación a esto último, queremos destacar la buena predisposición de casi todos los profesionales que entrevistamos y de aquellos que participaron de las encuestas. Dialogar con ellos, nos permitió cuestionarnos por qué las cosas se realizan de tal o cual manera, visualizar a la manera de una “red” cómo se trabaja en diferentes servicios del hospital, crear lazos, contactos, que tal vez sirvan en un futuro no muy lejano para reconocer que tenemos los

²² Listovsky, Gabriel. *“Programa de Formación de formadores...”* GCBA. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. 2003 Pág 14

²³ Listovsky, G, 2003.

residentes, la posibilidad de trabajar conjuntamente para mejorar procesos y actividades que nos involucran.

La licenciada Silvia Dubkin nos manifestó en la entrevista refiriéndose al concepto de “red”: *“esto es producto de Elina²⁴, haber generado una residencia en red donde cada equipo tiene que empezar a darse cuenta de que no está solo, que no puede cubrir la diversidad de enfoques, ni de dispositivos, ni de aspectos necesarios para la formación y que requiere del otro, del otro servicio, del otro profesional, del otro hospital, para complementarse y en reciprocidad construir algo conjuntamente para que el que se enriquezca sea el que se está formando”*.

En otro momento de la entrevista la Lic. Dubkin plantea que la capacitación en red intenta conjugar lo local, lo central, y lo de cada sede. Por ejemplo en relación a la Residencia de Psicopedagogía se visualiza una red por año, es el en el caso de los módulos, donde se reúnen todos los residentes por año que cursan de la formación, para trabajar una determinada bibliografía; una red por cada tipo de capacitación y además esta Residencia a su vez forma parte del Sistema de Salud que también debería funcionar en red.

El Sistema de Residencias y Concurrencias muestra el desarrollo de estrategias probadas e innovadoras que promueven alternativas de enseñanzas en el ámbito del trabajo. Por ejemplo a la manera del sistema lancasteriano (también llamado método mutuo o del alumno monitor), los residentes de años superiores tienen a su cargo la formación de los residentes de años inferiores. En las entrevistas y encuestas varios residentes señalan a sus compañeros como modelos referentes a su formación y capacitación. Algunos residentes señalaron a los residentes de años superiores como aquellas personas encargadas directamente de su formación y/o capacitación.

Asimismo nos parece importante destacar los conceptos aportados por Mario Rovere (1993) con respecto a las competencias que hoy se requieren para los trabajadores de la salud.

Los trabajadores de la salud deben ser: 1) Flexibles: el principal atributo debe ser el mantener e incrementar la capacidad de aprender. 2) Críticos y autocríticos: insatisfechos con la calidad, cobertura, accesibilidad y eficacia de los servicios que se brindan. 3) Democráticos: con responsabilidad social por los conocimientos puestos “en nuestra custodia”. 4) Cooperativos: capaces de trabajar en equipos interdisciplinarios de liderazgos flexibles y rotativos en función de los problemas que enfrentamos. 5) Participativos: con vocación de protagonismo y liderazgo

²⁴Se refiere a la Lic Elina Dabas, ex Coordinadora General de la Residencia de Psicopedagogía.

para propiciar cambios y al mismo tiempo facilitar procesos macro o microsociales de participación.²⁵

“Hoy se requiere de los profesionales determinadas competencias, se requiere poder intervenir operativamente, tomar decisiones con rapidez, no alocadas o a las apuradas, pero poder intervenir y decidir. No hace falta ya ser cirujano, pero hace falta poder operar, poder resolver. Yo a veces digo bueno, nosotras no tenemos serios problemas, pero un médico no aprendió esto y se le murió el paciente! Nosotras también tendríamos que poder operar de esta manera ante lo imprevisto, ante aquello que irrumpe” (Entrevista a Lic. Silvia Dubkin, 2006).

En relación al tema de Capacitación en Servicio y dentro de un Sistema de Salud recurrimos como referente teórico a la Lic. María Cristina Davini citada con anterioridad en el trabajo de inserción de las Licenciadas De Leo y Malfetano.

En el Documento: “Bases metodológicas para la Educación Permanente de Salud, Davini, (1989) presenta una línea pedagógica centrada en la metodología estudio-trabajo destinado a la Capacitación en Servicio de personal de salud.

Esta línea provee un marco teórico referencial para dicha metodología y ofrece orientaciones para su desarrollo.

Los objetivos de esta línea pedagógica propuesta son:

- Perfeccionar la calidad de los servicios a través de un ejercicio educativo permanente comprometido con la práctica de trabajo, capacitación técnica unida a la reflexión crítica tanto de los fundamentos teóricos que sustentan tales técnicas como de los procesos sociales que regulan los comportamientos de la población en materia de salud.
- Estimular en forma permanente la actitud reflexiva, la autonomía de pensamiento y la creatividad en la acción, de tal forma que los trabajadores se conviertan en protagonistas centrales de su formación.

“Lo principal del proceso de aprender es conectarse con el placer de ser autor, con la experiencia, la vivencia de satisfacción del placer de encontrarse autor”²⁶

- Fortalecer el proceso de trabajo desde la óptica del equipo de salud, privilegiando el avance colectivo grupal antes que la competencia individual.
- Aumentar el grado de compromiso con la tarea y consecuentemente con la salud de la población, trabajando en forma integrada en los procesos cognitivos y socio afectivos.

²⁵ Rovere Mario, *“Planificación estratégica de recursos humanos en salud”*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en salud° 96. OPS. 1993.

²⁶ Fernandez, Alicia *“Poner en juego el saber. Psicopedagogía: propiciando autorías de pensamiento”* Ed: Nueva Visión Buenos Aires 2000 Pág. 216

Davini (1989) propone hacer una reflexión sobre los modelos pedagógicos predominantes en la práctica formativa de personal de servicio en las instituciones de la Salud.

La autora plantea que la práctica profesional que se realiza en hospitales y Centros de Salud, la mayoría de las veces deja poco o ningún tiempo libre para la reflexión sobre sí misma, para realimentarse con nuevas fuentes de información o intercambiar experiencias.

Esto pudimos observarlo a través de diferentes testimonios de jefes y residentes, en general por parte de las residencias médicas, los cuales dan cuenta de la falta de tiempo disponible para actividades docentes, y de intercambio entre profesionales.

“La gente de otras especialidades... En la vorágine del trabajo no está acostumbrada a convertir el trabajo en un lugar de aprendizaje y de enseñanza, esto es lo que sucede”... Entonces no es una máquina de hacer, como una fábrica, como una empresa. Acá se requiere de ciertos tiempos veloces en algunos casos, pero también de parar y ponerse a pensar y mediar allí con el pensamiento para poder aprender. En esto no está solo el residente, también está la gente de planta que debiera poder funcionar de esta manera...” (Entrevista a Silvia Dubkin, 2006)

Toda práctica pedagógica se orienta conciente o inconscientemente en determinados supuestos respecto del significado que tiene enseñar y aprender.

Toda acción pedagógica supone la opción implícita o explícita de un determinado modelo de enseñanza aprendizaje.

Toda práctica de capacitación produce ciertos efectos: algunos explícitamente buscados e implícitos, muchas veces no previstos o deseados.

Allí es donde nos interesa poner nuestra mirada como psicopedagogas insertas en una institución de Salud. Que este trabajo de inserción constituya un punto de partida para reflexionar de manera conjunta con profesionales de otras disciplinas sobre nuestras prácticas de manera tal de poder contribuir con la reducción del espontaneismo, el mecanicismo, y la falta de conciencia en la acción y poder disminuir así las contradicciones que aparecen entre los objetivos planteados en la capacitación y la realidad de nuestras prácticas.

Davini distingue tres modelos pedagógicos relativos a la teoría y práctica en la educación de adultos, la formación profesional y la capacitación en servicio del personal de Salud. Ellos son: **1) Pedagogía de la trasmisión; 2) Pedagogía del adiestramiento; y 3) Pedagogía de la problematización.**

Cada uno de ellos se apoya en hipótesis y supuestos fundamentales propios y tienen estrategias de acción y estilos de trabajo diferentes.

Cada uno de estos modelos no son nuevos, cada uno en mayor o en menor grado poseen una historia diferente y un origen particular ya que surgieron como respuesta a objetivos y proyectos de sociedades diferentes.

La pedagogía de la trasmisión puede simbolizarse como el modelo de la nutrición: A le da de comer a B. A= Formador y B= Formado. La principal actividad recae en el profesor “A”, mientras que el trabajador “B” es sustancialmente pasivo; su actividad se limita a la copia mental de las informaciones que le son presentadas.

Es el modelo más utilizado en las instituciones escolares, este modelo tiende a reproducirse en otros ámbitos formativos no escolares. Es un modelo conocido y que otorga seguridad.

La relación que se establece es de individuo a individuo según este modelo de dependencia, rompiéndose la estructura de grupo como unidad de interacción y aprendizaje.

En nuestro contexto se decidiría desde afuera de la práctica del servicio de salud lo que los diferentes trabajadores “deben saber”.

El profesor es el que sabe y está allí para resolver todos los problemas, esto reduce por lo tanto la iniciativa del que aprende, su creatividad.

Se basa en el modelo deductivo en donde la teoría antecede a la práctica, considerándose a ésta última como sólo un campo de aplicación y no como una fuente de saber.

El papel del docente queda definido como de autoridad y control.

Se evita de esa manera la construcción del conocimiento por parte de los participantes de sus problemas concretos.

Este modelo de enseñanza es de corte intelectual, especialmente se dirige a la memoria y en él la afectividad no tiene lugar. Cuando ésta aparece, por ejemplo aparece ligada a la admiración por ejemplo a un profesor determinado o a la agresividad o resistencia a su figura.

Este modelo se puede comprobar que está presente en las concepciones con respecto al aprendizaje que subyacen a algunos integrantes de las residencias en general: las médicas.

Una de las preguntas de la encuesta a los residentes y jefes apuntaba a indagar qué entendían estos por aprendizaje.

Se retomarán las concepciones más generales de las teorías de aprendizaje, con sus lineamientos básicos y los modelos pedagógicos de Davini para hacer un análisis de las definiciones extraídas de las encuestas y entrevistas.

En principio se seleccionaron algunas respuestas en las cuales a nuestro parecer subyacen concepciones de aprendizaje ligadas al modelo de la trasmisión.

- *“Incorporar conocimientos nuevos” R2 Fonoaudiología.*
- *“Mecanismo por el cual se adquiere conocimiento, se modifican conductas para desenvolverse en distintas situaciones: laboral, cotidiana...” R3 Clínica médica.*
- *“Adquisición de conocimientos teóricos y prácticos” R4 Clínica médica.*
- *“Adquirir conocimientos y reforzar los ya aprendidos” R2 Pediatría*

Estas definiciones pueden pensarse desde el paradigma conductista-asociacionista.

Desde este amplio enfoque se considera al aprendizaje como un proceso casi mecánico de asociación de estímulos, respuestas y recompensas.(Pozo,

La conducta (objeto de estudio) es una cuestión de reflejos condicionados, de conductas aprendidas mediante el condicionamiento.

El conductismo se inserta en la tradición filosófica del empirismo. El conocimiento es una copia de la realidad y se acumula mediante mecanismos asociativos.

El sujeto que conoce es un sujeto pasivo, una tabula rasa, donde se imprimen las aportaciones determinísticas del objeto.

Este enfoque teórico hereda de la corriente empirista tres características:

- El ambientalismo: el medio ambiente físico y social determina comportamientos de los organismos; por lo tanto las condiciones externas pueden arreglarse para que el sujeto o aprendiz modifique sus conductas en un sentido determinado.

- El asociacionismo: los conductistas han usado de diferente forma las leyes asociacionistas (contraste, contigüidad, temporalidad, causalidad) para dar cuenta de la incorporación de los conocimientos y aprendizajes.

- Otra característica es la concepción anti-constructivista: los procesos de desarrollo no se explican por los cambios debidos a estructuraciones internas en los sujetos ni a algún proceso o serie de procesos mentales organizados.

Desde esta concepción de aprendizaje, se prescinden variables internas de la estructura peculiar de cada individuo a la dinámica del aprendizaje. La enseñanza consiste en proporcionar contenidos e información; depositar información en el aprendiz para que la adquiera. El enseñante debe ocuparse de preparar y organizar los reforzamientos que facilitan la adquisición de los esquemas.

“Les mandé ejercicios para que hicieran en sus casa y los corregí yo” (Jefa de residentes)

En esta idea se puede observar como la evaluación se restringe a comprobar que se haya aprendido la respuesta correcta a un estímulo, en donde el error es evitado.

Los instrumentos de evaluación se conciben y elaboran en base a los objetivos enunciados previamente en el programa y tomando en cuenta la conducta observable, los criterios y las condiciones de ocurrencia de la misma, se debe asegurar la objetividad de la evaluación. A dichos instrumentos se los denominan pruebas objetivas. En este paradigma, el énfasis de las evaluaciones se centra en los productos del aprendizaje y no en los procesos.

En todas las Residencias Médicas del hospital se evalúa a través de pruebas objetivas, exámenes teóricos por ejemplo a través del sistema de múltiple choice o bien a desarrollar.

Desde el punto de vista de la teoría cognitiva del Aprendizaje Social de Bandura²⁷, el profesor es un modelo. La perspectiva cognitiva social del aprendizaje parte de un modelo de determinación recíproca entre el ambiente, la conducta y los factores personales (cognitivos, emocionales).

Esta teoría acentúa precisamente la importancia de los procesos vicarios, simbólicos y de autorregulación que habían sido descuidados por los modelos tradicionales.

Bandura (1987) nos habla de reciprocidad triádica: los comportamientos dependen de los ambientes y de las condiciones personales. Este autor dice que: “afortunadamente” la mayor parte de la conducta humana se aprende mediante modelado²⁸. Y dice “afortunadamente” ya que si las conductas sólo se adquiriesen por ensayo y error los procesos de desarrollo se verían retrasados y estarían muy expuestos a las consecuencias adversas de los errores propios.

Bandura hace hincapié en los procesos subyacentes del aprendizaje observacional: éste depende, en primer lugar de la atención por el observador a las actividades o demostraciones del modelo y además de los aspectos motivacionales. Por ejemplo, la atención que se presta a una conducta de un modelo, puede depender de la complejidad de ésta; de que se ajuste a la capacidad cognitiva; del atractivo que pueda poseer el modelo para el observador y del valor funcional de la conducta modelada. Dentro de las residencias médicas, el aprendizaje por observación o demostración de actividades por un modelo es bastante común y valorado. Está el ejemplo de las prácticas de Toco Ginecología y Obstetricia donde los residentes de los primeros años observan y aprenden de las maniobras realizadas por las parteras.

Volviendo a los modelos planteados por Davini: La **pedagogía del adiestramiento** se trata de un tipo de enseñanza individualizada que sigue los siguientes pasos: A) Estudio de la tarea; B) Demostración de la tarea: La realiza el instructor; C) Ejecución de la tarea: cada uno

²⁷ Pozo Municio, Juan I. *Teorías cognitivas del aprendizaje*. Cap II El conductismo como programa de investigación, Madrid, Morata. 1993

²⁸ Rivière, A. “*La teoría cognitiva social del aprendizaje: Implicaciones educativas*”. En Coll, C.; Palacios, J. Marchesi, Á. (Eds.): *Desarrollo psicológico y educación, II*. Madrid: Alianza Psicología. (1990):

ejecuta la tarea, sigue una guía preestablecida aprobada por el instructor y con el tiempo el aprendiz es inducido a desprenderse de la guía; D) Evaluación de la tarea: no es una cuarta fase sino algo que ocurre permanentemente. El instructor corrige el error y lo induce a autoevaluarse. El error es visto como algo negativo que hay que eliminar.

Este modelo es muy común dentro del área de enfermería y medicina, en donde los docentes hacen demostraciones de diferentes técnicas.

La unidad de relación pedagógica es individuo-individuo.

El modelo en general estimula la competencia entre sujetos. No comparte la visión de proceso de trabajo como un todo y mucho menos de la organización donde se realiza y de los destinatarios de la acción.

A este segundo modelo pedagógico al igual que al primero subyace una concepción de aprendizaje ligada al paradigma conductista-asociacionista.

En cuanto al tercer modelo: La **pedagogía de la problematización**, es el tenido en cuenta para pensar la formación de nuestra Residencia de Psicopedagogía.

“En los últimos tiempos el punto es pensar en base a proyectos, en base a problemas. A partir de los problemas es que uno va viendo que es lo que mejor le viene a esto” (Dubkin, 2006)

Para este modelo los alumnos se convierten en el soporte principal de la formación y en fuente privilegiada de conocimiento.

El docente es más un estimulador, orientador y catalizador que un instructor.

Davini (1989) se refiere a este tipo de enseñanza como *“Formación en profundidad”*. Se *“trata de una interacción de experiencias entre los sujetos que hace entrar en juego tanto el nivel conciente de sus conocimientos como la afectividad y la psicología profunda”*²⁹.

Esta línea pedagógica tiene sus orígenes en la mayéutica socrática. En América latina su representante es Paulo Freire.

El punto de partida siempre es la práctica *“entendida como la acción humana y profesional dentro de un contexto social e institucional”*.³⁰ El camino de la indagación es la pregunta, y la práctica es entendida no como un acto individual sino colectivo.

La identificación de los problemas de la práctica representa un punto fundamental. El co-pensar cooperativamente y la discusión solidaria lleva a detectar los problemas del equipo.

²⁹ Davini, María Crisitina. *“Bases metodológicas para la Educación Permanente de Salud”*. Publicación n° 19. OPS 1989.

Una vez que fueron detectados los problemas se procede a buscar fuentes de información para comprenderlos y profundizarlos. Es el momento de la reflexión teórica. La teoría al servicio de iluminar los problemas de la práctica detectados por el grupo. Luego a través de la reflexión teórica se elaboran hipótesis de solución al problema. Finalmente las hipótesis son probadas en la práctica verificando su adecuación para la resolución del problema y la modificación de dicha práctica.

Al decir de Davini, este enfoque presenta algunos requerimientos y desafíos: Por un lado estimular la participación en el ámbito de las organizaciones y una buena integración entre lo asistencial y lo docente. Otro se refiere a la organización de la capacitación como proceso pedagógico continuo y sistemático sobre el conjunto de los conocimientos teóricos y técnicos de un determinado grupo profesional. Esto requiere de una programación que sea concebida en forma participativa.

En conclusión se destacan como aportes centrales de esta línea pedagógica que:

- Resulta más fecunda para la transformación efectiva del trabajo y de las instituciones.
- Permite generar nuevos conocimientos.
- Integra lo individual a lo grupal, institucional y social en la definición de los problemas.
- Trabaja con lo intelectual y lo afectivo indisolublemente, fortaleciendo el compromiso social y profesional.
- Desarrolla la conciencia del grupo, contribuyendo a afianzar la identidad de la categoría profesional.

El concepto de “formación” así planteado por Davini, se refiere a un proceso de largo alcance a través del cual se modela el pensamiento y el comportamiento socioprofesional.

Por lo tanto nuestra identidad profesional se construye a lo largo de los años en la interacción con nuestros colegas y en función de la resolución de problemas que nos plantea nuestro trabajo cotidiano. (Listovsky, 2002).

Podemos pensar este modelo planteado por Davini desde el paradigma constructivista.

El constructivismo, como perspectiva epistemológica y psicológica, propone que las personas forman o construyen mucho de lo que aprenden y entienden, subrayando la interacción

³⁰ Davini, María Crisitina. *“Bases metodológicas para la Educación Permanente de Salud”*. Publicación n° 19. OPS 1989.

de las personas con su entorno en el proceso de adquirir y refinar destrezas y conocimientos. Esta adquisición se hace, primordialmente, por la actividad.

En relación a la pregunta de la encuesta *¿Qué entendés por aprendizaje?* Seleccionamos algunas respuestas en donde subyace una concepción constructivista del aprender.

*“Proceso de construcción de conocimientos, en el que el sujeto tiene un rol activo”*R2
Psicopedagogía.

“Considero que es un proceso complejo, por todas las áreas que involucra en forma interrelacionada, desde el mismo ser humano hasta el contexto cercano y el más general. Lo considero continuo, en permanente construcción, deconstrucción y reconstrucción. También personal y único, adquiriendo distintas significaciones para cada persona, tal vez el aparente mismo objeto. Por otra parte lo considero un proceso que debería generar placer y un modo más satisfactorio de estar en el mundo” (Jefa de Residentes de Psicopedagogía).

Dentro de esta perspectiva podemos ubicar a Piaget; quien considera que el desarrollo cognoscitivo es mucho más complejo, porque no se trata de adquisición de respuestas sino de un proceso de construcción de conocimiento, estableciendo que los conocimientos derivan de la acción.

Dicho autor considera que la inteligencia es la asimilación de lo dado a estructuras de transformaciones, y que estas estructuras consisten en organizar lo real, en acto o en pensamiento, y no simplemente en copiarlo; Según este psicólogo *“la inteligencia es la adaptación por excelencia, el equilibrio entre asimilación continua de las cosas a la propia actividad y la acomodación de esos esquemas asimiladores a los objetos.”*³¹

La inteligencia es considerada como la forma superior de los intercambios entre el organismo y el medio. En donde se busca el equilibrio entre las exigencias del medio y las necesidades del sujeto. La adaptación es caracterizada como un equilibrio. Esto implica dos procesos inseparables y simultáneos. La transformación del medio por la acción del sujeto, el individuo intenta permanentemente modificar el medio para poder asimilarlo a sus propias necesidades. Y el otro proceso que es la transformación del sujeto a partir de las exigencias del medio modificando sus esquemas mentales preexistentes a los fines de acomodarse a la nueva situación. Estos dos procesos de asimilación de la experiencia a los esquemas mentales del sujeto y de acomodación de los esquemas mentales a nuevas experiencias, constituyen la base de los

³¹ Avanzini Guy, La pedagogía del siglo XX, Ediciones Narcea S.A., Madrid, 1980, Pág. 273.

estados de equilibrio adaptativo que se van dando sucesivamente a lo largo de la evolución mental.

*“Un proceso mediante el cual transformo la realidad y al mismo tiempo me transformo”
(R2 Psicopedagogía)*

Desde esta concepción se considera al aprendizaje como un proceso que implica las nociones fundamentales de equilibrio, génesis (buscar estabilidad cognoscitiva a través de la asimilación y la acomodación) y estructura. El desequilibrio que se produce entre asimilación y acomodación es lo que da lugar al conflicto cognitivo, agente fundamental en el aprendizaje. Si no se produjera este desequilibrio, la estructura interna del individuo no se modificaría y en consecuencia no habría aprendizaje.

“Adquirir nuevos conocimientos gracias a la maduración, desarrollo y experiencias del medio” (R1 Fonoaudiología).

Alicia Fernández (2003) define modalidad de aprendizaje al molde o esquema de operar que se va a ir utilizando en las diferentes situaciones de aprendizaje. La modalidad opera como una matriz que está en permanente reconstrucción y sobre la cual se va incluyendo los nuevos aprendizajes que van transformándola.

“La modalidad de aprendizaje marcará una forma particular de relacionarse, buscar y construir conocimientos, un posicionamiento del sujeto ante sí mismo como autor de su pensamiento, un modo de descubrir-construir lo nuevo y un modo de hacer propio lo ajeno”³²

Una modalidad de aprendizaje saludable se caracteriza por la posibilidad de variación y de movimientos constantes entre asimilación (significar desde los propios esquemas de significación al objeto de conocimiento) y la acomodación (Someterse a la legalidad propia del objeto de conocimiento)

Diferenciándose de Piaget y del asociacionismo, podemos citar a Vyogotsky. Desde esta teoría el aprendizaje y el desarrollo son funciones interdependientes, no puede existir aprendizaje sin desarrollo, ni desarrollo sin aprendizaje previo Ni acumulación de aprendizaje asociativo ni construcción absoluta como la piagetiana, sino que es una reconstrucción, volviendo a ocupar una postura intermedia. El proceso de aprendizaje consiste en una internalización progresiva de los mediadores, lo que determina que comience siendo de carácter externo, luego se transforma en procesos de desarrollo interno.

³² Fernández, Alicia *“Los idiomas del aprendiente. Análisis de modalidades de enseñanza en familias, escuelas y medios”* 1ª Ed 2ª reimp: Nueva Visión. Bs. As. 2003

“El aprendizaje es una construcción de conocimientos (teóricos – prácticos - afectivos) que realiza el sujeto en interacción con diversos objetos, sujetos y mediadores en esa interacción” (R2 Psicopedagogía)

Para explicar la adquisición de significados y conocimiento Vygotsky plantea que dicha adquisición comienza siempre siendo objeto de intercambio social para luego internalizarse. Es decir, que se va, desde el control social a la autorrealización, desde lo interpersonal a lo intrapersonal. Y es aquí donde ubica la ley de doble formación del conocimiento. *“En el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero entre las personas (interpsicológica), y después en el interior del propio niño (intrapsicológica). Esto puede aplicarse igualmente a la atención voluntaria, a la memoria lógica y a la formación de conceptos. Todas las funciones superiores se originan como relaciones entre los seres humanos”*³³

“Es un proceso continuo durante toda la vida mediado por otro (persona significativa, objeto de conocimiento) por el cual se despliegan e incorporan saberes, actitudes, haceres. El aprendizaje permite un desarrollo autónomo y el despliegue de la creatividad” (R3 Psicopedagogía)

Un punto fundamental de la teoría son los niveles de desarrollo. Vygotsky distingue entre un nivel efectivo y un nivel potencial. De la diferencia entre el nivel efectivo o real y el nivel potencial surge lo que Vygotsky definió como la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), siempre en esa tarea o dominio concreto. Vygotsky señala que *“la ZDP define aquellas funciones que aun no han madurado, pero se hallan en proceso de maduración, funciones que han de madurar mañana, pero que ahora se encuentran en estado embrionario”*³⁴.

Esta concepción es de suma importancia para la educación por el lugar que le otorga a la instrucción en el proceso de atravesamiento de la ZDP. La instrucción, es considerada el apoyo del adulto, como un facilitador externo de los mediadores para su internalización. La ZDP, dentro de la teoría vygotskiana, sitúa los procesos de aprendizaje en estrecha relación con la instrucción, dada la internalización y consiguiente reestructuración de los mediadores simbólicos. La ZDP es una herramienta de instrucción en clase tanto como para el trabajo cooperativo como para el individual, para el dialogo, para el debate...

³³ Vygotsky, L. *Mind in Society*. Pág 94 Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1978.

³⁴ Idem anterior.

Para la **teoría de la actividad situada**³⁵, el aprendizaje no es un mecanismo independiente y autónomo de los sujetos, sino que es producto de las interacciones humanas en el marco de las actividades sociales. Es parte integrante de la actividad en y con el mundo en todo momento. Estará en relación a la comprensión y la participación en la actividad.

La teoría de la actividad difiere de las concepciones tradicionales que están distanciadas de la experiencia y separa al mundo de la mente que aprende.

Con respecto a la relación entre aprendizaje y desarrollo plantea que el aprendizaje es condición necesaria del desarrollo. El buen aprendizaje es aquel que precede al desarrollo.

Dentro del paradigma constructivista también podemos citar a la **teoría del aprendizaje verbal significativo de Ausubel**³⁶ a partir de la cual se prioriza al aprendizaje por recepción y significativo.

En el aprendizaje por recepción, los contenidos son dados en su forma final acabada y el alumno comprende y asimila para en un futuro poder reproducir los nuevos conocimientos. Se diferencia del aprendizaje por descubrimiento en el cual los contenidos deben ser descubiertos por el alumno, previo a la asimilación y sin la necesidad de un guía. Hay mayor participación del sujeto.

El aprendizaje significativo es aquel en el cual los contenidos se pueden relacionar con los ya adquiridos y el alumno debe dotar de significado propio a las relaciones.

“Toda situación que deje un contenido, que se de en ámbito práctico, de campo, porque es ahí que se hace significativo.” RI Fonoaudiología

Las condiciones para que se dé el aprendizaje significativo tienen que ver con que los nuevos materiales sean potencialmente significativos, no deben ser arbitrarios; el alumno debe poseer cierto conocimiento previo con respecto al nuevo y debe tomar una actitud activa, a través de la motivación y la atención. .

Se diferencia del aprendizaje repetitivo o mecánico, donde los contenidos son arbitrarios y el alumno carece de contenidos previos para hacer de los nuevos algo significativos o son impuestos, adoptando éste, una asimilación arbitraria.

³⁵ Lave, J. “Las prácticas del aprendizaje” en Chaiklin, S y Lave, J. (Comp) *“Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto”*, Cap I. Ed. Amorrortu. Argentina. 1996.

³⁶García Madruga, JA “Aprendizaje por Descubrimiento frente a Aprendizaje por Recepción: la teoría del aprendizaje verbal significativo” En Coll, C.; Palacios, J. y Marchesi, Á. (Eds.): *“Desarrollo psicológico y educación, II.”* Madrid: Alianza Psicología. 1990.

El hospital como ámbito de aprendizaje

En principio nos parece importante diferenciar los conceptos de **organización e institución**, dos términos que muchas veces en el lenguaje cotidiano se utilizan como sinónimos.

Las instituciones son aquellos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social. Como ejemplo de instituciones tenemos: la familia, la vejez, el trabajo, la justicia, la religión, la salud, etc. Constituyen instituciones universales que se particularizan en cada sociedad y en cada momento histórico.

Por ejemplo la institución salud define roles institucionales: médico, paciente, enfermero, residente, etc. Y además prescribe modos instituidos de su desempeño: el médico es el “que sabe” y el paciente es el que viene a que lo curen. Lo “instituido” es aquello que está establecido, el conjunto de normas y valores dominantes así como el sistema de roles que constituye el sostén de todo orden social.

Para comprender la dinámica del cambio social es preciso reconocer la presencia de una fuerza instituyente, constituida como protesta y como negación de lo instituido. Por ejemplo no todos los médicos se ponen en un lugar de omnipotencia, ni todos los pacientes son sujetos pasivos. Por lo tanto el cambio social resulta de la dialéctica que se establece entre lo instituido y lo instituyente.

Las instituciones así caracterizadas resultan abstracciones.

Las organizaciones son su sustento material, el lugar donde éstas se materializan, el espacio geográfico donde se insertan. De esta manera las organizaciones serían mediatizadoras en la relación entre las instituciones y los sujetos. Así por ejemplo un hospital no sólo materializa los aspectos prescritos por la institución salud sino que se centran en él también cuestiones relativas a la institución trabajo (un salario para sus trabajadores), tiempo libre (que se hace en los horarios de descanso), institución religión (la presencia de una capillita). Es decir las organizaciones están atravesadas por múltiples instituciones a la manera de un entretejido o red.

La organización es para quienes la observan desde afuera o desde adentro, la puesta en escena de un orden simbólico. La interacción entre los sujetos dentro de ella resulta el modo en que éstos asignan significados a lo que allí acontece.

El lugar del aprendizaje dentro de la organización

“Con respecto a la Capacitación en Servicio, se trata de poder empezar a entender estos sistemas (residencia y concurrencia) qué lugar ocupa el aprender, capacitarse y formarse en un

ámbito laboral a nivel de postgrado que no puede reproducir la lógica de la educación formal, académica, sistemática y escolarizada” (Entrevista a Silvia Dubkin, 2006).

En la década del 60 y a partir de un fuerte cuestionamiento a la escuela tradicional comenzó a visualizarse y a reconocerse “otras educaciones”. Se comienza a hablar de la Educación no formal, Educación Informal, Educación Permanente como alternativas a la educación tradicional.

Cada uno de nosotros puede dar cuenta de diferentes aprendizajes que realizamos a lo largo de nuestras vidas y que no responden a una enseñanza sistemática realizada en determinado marco o institución. **(Nota: ver más adelante relatos de experiencias significativas de aprendizaje de los encuestados y entrevistados)**

Por lo tanto la educación es considerada como *“un proceso holístico y sinérgico en donde se entrecruzan e influyen mutuamente las distintas experiencias que vivimos”*³⁷

Según un informe de la UNESCO, de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors (1996) la Educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales:

Aprender a conocer: es decir adquirir los instrumentos de la comprensión; **aprender a hacer:** para poder influir sobre el propio entorno; **aprender a vivir juntos:** para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas y por último: **aprender a ser:** un proceso que engloba a los tres anteriores y además estas cuatro vías convergen en una sola ya que están íntimamente relacionadas entre sí.

La Comisión estima que en cualquier sistema de enseñanza estructurado, cada uno de los cuatro pilares deberán recibir una atención equivalente, a fin de que la educación sea para el sujeto humano una experiencia global y que dure para toda la vida.

El concepto de Educación Permanente es la clave para entrar al siglo XXI. Este concepto se ha ampliado hoy, no sólo por una necesidad de renovación cultural sino además y sobre todo, ante una exigencia nueva y capital de autonomía dinámica de los individuos en una sociedad en rápida transformación.

La **Educación Permanente** se concibe como algo que va mucho más allá de lo que hoy ya se practica, por ejemplo actividades de perfeccionamiento, de nivelación y de conversión y de promoción profesionales de los adultos. Ahora se trata de que ofrezca a todos la posibilidad de recibir educación con fines múltiples; tanto si para dar una segunda o tercera oportunidad educativa (Postgrados, Maestrías, etc); o satisfacer la sed de conocimiento, de belleza o de

³⁷ Listovsky, G. 2003 Op cit.

superación personal como de perfeccionar o ampliar los tipos de formación estrictamente vinculados con las exigencias de la vida profesional, incluyendo los de formación práctica.

Existe una fundamentación biológica de la Educación Permanente: El hombre es un “Neoteno”, es decir un ser cuyas formas están menos acabadas que las de las especies más antiguas de las cuales procede y según la ley biogenética clásica: la ontogenia reproduce la filogenia, el embrión humano sería semejante a un antropoide adulto. Como neoteno el hombre habría conservado la plasticidad y fragilidad propias de la vida embrionaria. Su carácter inacabado explicaría sus conductas creativas: la invención del vestido se debería a que el hombre está tan desnudo como el feto de un primate.³⁸

Así como a lo prematuro del niño, que fundamenta biológicamente la Educación familiar, correspondería lo inacabado del adulto, que sería la fundamentación biológica de la Educación Permanente.

“La educación permanente significa que no hay en la vida de un individuo una fase en la que se aprende y otra en la que se vive de los conocimientos adquiridos; a lo largo de toda la vida, cada uno debe continuar su educación”³⁹

Algunas características del hospital y del profesional de la salud.

Antes de comenzar a realizar un análisis cuantitativo de los datos extraídos de las encuestas, queremos realizar un análisis del hospital y de las características del profesional de la salud.

El hospital es considerado desde el imaginario social como el lugar que brinda una “cura”, una respuesta respecto de un padecimiento por el que alguien consulta. Tiene la función social de ser el destinatario privilegiado ante la demanda por algún sufrimiento, y en tal sentido, todo profesional que allí trabaje será considerado desde los pacientes como portador de un saber capaz de curar la enfermedad. Por su parte, Silvina Gamsie afirma que toda transferencia con la institución hospitalaria *“es masiva e indiferenciada a causa de los efectos desubjetivantes inherentes a la propia institución”*.⁴⁰

En una institución hospitalaria conviven profesionales que responden a diferentes disciplinas y campos teóricos e incluso a distintas posiciones frente a la enfermedad y quien la

³⁸ León Antoine, (1973) en *“La Educación encierra un tesoro”*. Informe de la UNESCO; 1996. pág 18

³⁹ OCDE L'interdisciplinaté: Problemes d'enseignement et de Recherche dans les universités, citado por Educación Permanente. Díez Gutierrez. FCE. Citado por Listovsky en *“Programa de formación de formadores”* Op. Cit.

⁴⁰ Gamsie, Silvina *“La ínter consulta: Una práctica del malestar”* en Programa de Seminarios por Internet “El psicoanalista y la práctica hospitalaria” www.edupsi.com/psa_hatl

padece. El hospital, debido a las peculiaridades de sus instituyentes, está sometido a tensiones difíciles de gestionar y organizar.

Además de estas tensiones propias de la organización se le suman otras características propias del estar insertos en un hospital al decir de Videla *“ese lugar azulejado del sobresalto y del espanto”*⁴¹ lo cual produce un desgaste profundo en quienes se posicionan en una fantasía mesiánica o salvadora lo que Balint⁴² describe como *“función apostólica”*.

“Lo que genera más estrés es a veces no tener respuesta, a veces la muerte es inevitable pero una muerte injusta por no tener los medios, porque no están los recursos, más que nada la incompetencia del medio es lo que te genera estrés. El hospital como la “máquina de impedir” como decimos nosotros. El- no poder- por que no te permiten” (Jefa de Residentes).

A partir de los datos extraídos de las encuestas, entrevistas y de las observaciones que hemos realizado en los diferentes servicios, hemos observado (especialmente en las Residencias Médicas) un alto grado de estrés.

Actualmente a un tipo específico de estrés laboral padecido por los profesionales de la salud se considera síndrome de *burnout*, los cuales, *“en su voluntad por adaptarse y responder eficazmente a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobreexigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio profesional”*.⁴³

“Las guardias, no pueden ser de 24 horas... Lo que pasa es que no es la idea, vos bajo esa presión no te podés formar... Yo creo que eso atenta a tu desempeño como médico. Sos un peligro para el paciente y para vos mismo porque cuando vos estás laburando sin parar y tenés que operar y no te da más ni el cuerpo ni el alma, ahí es donde te pinchás, te mandás cagadas. Eso tendría que ser distinto.... tendrían que ser de 12 horas. Nadie puede aprender bajo esa presión. Hay gente que te dice: vos sos joven!... Es que el sistema de las residencias se deformó. Todo al residente; antes cuando no existía el residente, los médicos de guardia o planta tenían que hacer todo ellos. Llegó el residente y todo lo hacés vos” (Jefa de Residentes).

⁴¹Videla, Mirta. *“Prevención.e Intervención psicológica en Salud Comunitaria”* Ed: Cinco. Bs. As. 1991

⁴² Balint: Psicoanalista que se dedicó a estudiar en Inglaterra las características personales de quienes eligen estudiar medicina. Es el que decía: “no hay enfermedades sino enfermos”.

⁴³ Pérez Jáuregui, María Isabel. *“El “síndrome de burn out” (“quemarse” en el trabajo) en los profesionales de la salud. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL. Año II N° 5 Marzo 2001*

Sintéticamente, las características principales de este síndrome descritas por Maslach (1981)⁴⁴ son:

- Cansancio, desvitalización, desgaste emocional, pérdida de energía, pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, pérdida de la autoestima laboral.
- Despersonalización en la relación con los otros (pacientes, colegas) con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia.

“Nos sentimos solos, abandonados ante decisiones importantes. ¡Nos dejan solos! Nos sentimos abandonados y nosotros que estamos aprendiendo tenemos que tomar decisiones importantes y cuando las tomamos, muchas veces no acertamos y nos dicen: ¡Cómo se equivocaron! Bueno....eso es lo que más nos molesta... Acá es sacar laburo, sacar laburo, sacar laburo, sacar laburo la formación depende de vos. Nos estamos formando! Nunca hay tiempo”.
(Jefa de Residentes)

Por lo señalado se evidencia que el *burn out* causa limitaciones a las potencialidades y riqueza personal.

⁴⁴Maslach, C. y Jackson, S.E. *"Burnout in organizational settings."* En: Oskamp, S. (Ed), Applied Social Psychology Annual, vol.5. Beverly Hills, Sage (1981).

ANÁLISIS DE DATOS EXTRAÍDOS DE LAS ENCUESTAS A LOS RESIDENTES DEL HOSPITAL

Las diferentes residencias en el Hospital Vélez Sarsfield.

A continuación se caracterizará cada una de las Residencias que tienen su base en el Hospital Vélez Sarsfield. Se utilizó para ello información extraída de la página web de Hospital, de los respectivos programas de la residencia de cada especialidad, algunos de ellos disponibles en la página web del GCBA y material extraído de las entrevistas y encuestas a jefes de residentes y residentes respectivamente.

- **Residencia de Psicopedagogía.**

Esta residencia forma parte de las residencias del Equipo de Salud de la Ciudad de Buenos Aires desde el año 1992. Permite la inscripción de profesionales de las carreras de Lic. en Psicopedagogía y Lic. en Ciencias de la Educación.

Las primeras sedes de la residencia de psicopedagogía fueron: Hospital Durand (Grupo de Trabajo Interdisciplinario en Aprendizaje y Desarrollo, GTIAD), Hospital Penna (Área Programática, CESAC N°10) y Hospital Argerich (Área Programática, CESAC N° 15).

En el año 1997 se incluyen dos nuevas sedes, el Área Programática del Hospital Vélez Sarsfield y del Hospital Piñero.

El Área Programática del hospital Vélez Sarsfield es un espacio de formación en Psicopedagogía desde el año 1989. En aquel año se brindaba capacitación a concurrentes y al personal de planta. En el año 1996 comenzaron las rotaciones de las residentes de psicopedagogía de 2º y 3º año; quedando finalmente como hospital base en el año 1997.

En el año 2003 se incorpora una nueva sede de rotación: El Hogar para Madres Adolescentes “María Eva Duarte”, con estrategias de atención primaria en grupos de crianza, trabajo en la construcción de la función materna y los primeros hábitos del bebé.

En el 2004 se incorpora como sede de rotación el Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP), en donde se trabaja apuntando a la rehabilitación de secuelas motoras de etiología neurológica. Prevelece la atención en casos de Mielomelinocele, Parálisis cerebral, Traumatismos Cráneo-encefálicos y Accidentes cerebro- vasculares; cabe destacar que actualmente se está incorporando la atención de nuevas patologías (secuelas de accidentes de

tránsito, hechos delictivos, HIV...). El trabajo se realiza con diversas franjas etáreas: bebés, niños, adolescentes y adultos.

En el año 2005, se incorpora una nueva sede base de la residencia: el Hospital Gutiérrez. En dicho hospital, la residencia se encuentra inserta en el servicio de Salud Mental.

Dentro de los principales objetivos de la Residencia de Psicopedagogía, se plantea capacitar a los profesionales para que puedan:⁴⁵

- Generar acciones de salud enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (A.P.S.)
- Desarrollar estrategias y dispositivos clínicos para la atención de niños, adolescentes y adultos con problemas de aprendizaje.
- Integrar equipos interdisciplinarios con miras a lograr un abordaje integrado e integral del niño y/o adolescente con problemas de aprendizaje, su familia y la escuela.
- Llevar a cabo acciones de articulación interinstitucional e intersectorial.
- Visualizar, promover y fortalecer las redes sociales.
- Promover aprendizajes saludables a nivel individual, grupal, institucional y comunitario
- Producir trabajos de conceptualización sobre la práctica y desarrollar investigaciones a partir de las problemáticas inherentes a la misma y al campo profesional.

Las actividades están basadas en un Programa General de la Residencia, el cual fundamenta el programa específico que cada sede elabora, en función de las características propias de cada hospital.

“En psicopedagogía hay un programa general y en cada sede hay un proyecto de adaptación local, en donde cada sede determina que se va a poder realizar allí y que no. Lo que ocurre es que en esta red y en esta complementariedad entre ámbitos, en tanto no funcionen como islas, va a poder darse la mayor parte de toda esa formación” (Entrevista Lic. Silvia Dubkin)

En nuestro hospital, la Residencia de Psicopedagogía, está inserta en un Área Programática lo cual nos permite *“...desplegar vertientes de trabajo, encuadres y abordajes novedosos destinados a las distintas franjas etáreas, tanto a nivel de lo preventivo y promoción de salud, como en la resolución de problemas de aprendizaje”*⁴⁶. Nos permite capacitarnos no

⁴⁵ Cuadernillo: *“Sistema de Residencias y concurrencias”* GCBA. Secretaría de salud. Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. pág 29.

⁴⁶ GCBA. *“Sistema de Residencias y concurrencias”* Secretaría de salud. Dirección general de desarrollo de recursos humanos de salud. Dirección de capacitación y desarrollo p. 29

sólo en una actividad asistencial clínica, sino también en actividades preventivas y comunitarias; en donde se produce el encuentro de diversos profesionales de la salud; brindándonos la posibilidad de construir espacios interdisciplinarios.

“Lo interesante de nuestras residencias por otro lado es que al estar ligadas a Áreas Programáticas nos permite cubrir un amplio abanico de opciones en la formación. La gente no sale especializada en un área, la formación es general, lo más amplia posible. En líneas generales uno sale muy preparado para su inserción profesional”. (Lic. Silvia Dubkin, 2006)

▪ **Residencia de Cirugía**

Esta residencia junto a la de Clínica Médica inauguran en el año 1990 la instancia de residencias en el Hospital Vélez Sarsfield.

Ésta es una residencia médica básica de una duración de cuatro años.

El programa general de la Residencia de Cirugía General⁴⁷ puede encontrarse en su respectiva página web.

En el equipo de Cirugía del hospital ingresa un residente por año. En este momento la cantidad total de residentes de Cirugía del Hospital Vélez Sarsfield es de cuatro. No hay ningún residente de 1º año. Hay un residente de 2º y dos concurrentes; en 3º hay un residente y un concurrente y en 4º hay un residente y dos concurrentes y una residente de 5º año. No hay rotantes externos pero sí internos de los servicios de Ginecología y Obstetricia.

Las actividades que realiza el equipo están en relación a la atención del paciente internado (historias clínicas, medicaciones, evoluciones diarias, evaluación), cirugías programadas y el seguimiento del paciente externado. Realizan guardias.

▪ **Residencia en Clínica Médica**

Surge en el año 1990 junto con la de Cirugía. Ésta es una residencia médica básica de una duración de cuatro años.

Actualmente el equipo de residentes se conforma por: Una residente de 1º año, tres residentes de 2º año, dos residentes de 3º año; hay dos concurrentes y la jefa de residentes.

Las actividades que realizan son: atención en consultorio externo, (seguimiento de los pacientes externados). Internación. Dicha especialidad realiza guardias periódicas y con mayor frecuencia los residentes de 1er año y decreciendo a medida que avanzan en la formación.

⁴⁷ <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/ciru.pdf>

- **Residencia de Pediatría**

Se inicia en el año 1994, con el fin de ampliar las prestaciones y otorgarle dinamismo al servicio que se hallaba funcionando.

Esta es una Residencia médica básica de una duración de cuatro años.

El equipo esta conformado por dos residentes por año que va de 1° a 4°, la jefa de residentes, más los concurrentes.

Con respecto a las actividades un grupo está en la sala y otro grupo está rotando por hospitales pediátricos. La actividad comprende: la atención del paciente que está internado y cuando se externa el control del ambulatorio. Consultorio de residentes que sería el consultorio de Salud Infantil.

Nota: Para ampliar información ver Programa de la Residencia de Pediatría en la página web.⁴⁸

- **Residencia de Farmacia**

Se inicia en 1997, al mismo tiempo que la Residencia de Toco Ginecología y la de Psicopedagogía se incorpora esta residencia al Hospital Vélez Sarsfield. Esta residencia perteneciente al equipo de salud tiene una duración de tres años.

Actualmente el equipo de residentes de Farmacia, cuenta con dos integrantes: la jefa de residentes y una residente de 1° año. Las tareas que realizan son: atención en ventanilla (a los pacientes con HIV), preparación de la medicación, control del depósito de descartables. (Para ampliar información recurrir al programa General de la Residencia de Farmacia en la web)⁴⁹

- **Residencia de Toco ginecología**

Surge a partir de intereses académicos. Comienza el pedido de residentes en el año 1996. En el año 1997 se incorpora el primer residente a dicha especialidad.

Esta es una Residencia médica básica de una duración de cuatro años.

En este momento el equipo esta formado por una residente de 2° año, una concurrente de 2° año, una residente de 3° año, una residente de 4° año y dos concurrentes. En ginecología hay

⁴⁸ <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/pediatrica.pdf>.

⁴⁹ <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/farma.pdf>

un instructor y en obstetricia una jefa de residentes. Actualmente no hay residentes de 1° año (los dos que entraron se fueron)

Las actividades que realiza el equipo son: atención de pacientes en internación, atención en consultorio externo (seguimiento de embarazos sanos o patológicos), una vez por semana tienen consultorio de residentes a cargo del jefe de residentes, partos y cesáreas programadas. (Nota: Ver para mayor información: El Programa General de Residencia de Toco Ginecología en su respectiva página web)⁵⁰

▪ **Residencia de Fonoaudiología**

En el Hospital Vélez Sarsfield dicha especialidad se inserta en el Área Programática. La duración de la residencia es de tres años.

En este momento en el equipo Fonoaudiología hay cuatro residentes, dos de primero y dos de segundo año. Además hay cinco rotantes del Hospital Roca y la instructora de residentes.

La residencia de Fonoaudiología empezó en el 1992 en otra sede. La residencia de Fonoaudiología con Orientación en Atención Primaria de la Salud, con un programa especial con tres días destinados al Área Programática y dos para el servicio de Otorrinolaringología (ORL) surgió el año pasado y se abrió en dos hospitales: el Hospital Penna y Hospital Vélez.

Dentro de lo que es Área Programática, Fonoaudiología participa en el Programa de Salud Escolar haciendo el Screening con chicos de preescolar y de 1er grado, talleres interdisciplinarios con padres de salas de 3 a 5 años, participación en el subprograma del “Proyecto de Higiene Alimentaria y Respiratoria” en el cual se observan a los niños de sala de 3. El equipo también participa en el PROSAM (Programa para Adultos Mayores). Participan en el Taller de Lactancia con la población que está esperando para hacer las otoemisiones acústicas, en el PAN (Programa Alimentario Nacional) en el Taller para padres y en el espacio de la Juegoteca.

Otra de las actividades es el consultorio de Fonoaudiología en donde se hacen tratamientos individuales y grupales de chicos con respiración disfuncional, deglución disfuncional, dislalias o problemas de articulación, trastornos fonológicos, trastornos de retraso del lenguaje, disfluencias y disfonías. (Para mayor información, ver Programa General de la Residencia de Fonoaudiología en la página web)⁵¹

⁵⁰ <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/tocogineco.pdf>

⁵¹ <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/fono.pdf>

Análisis de datos

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron encuestas autoadministradas a los residentes del hospital y entrevistas semi – dirigidas a los jefes o instructores de residentes de las diferentes especialidades. *(Ver modelos de instrumentos de recolección de datos en el anexo)*

Se han realizado 8 entrevistas a los jefes o instructores de residentes del hospital las cuales representan a la totalidad de los que se encuentran ejerciendo tales funciones en el Hospital. También se entrevistó a la instructora de residentes de la especialidad médicos generalistas, residencia que tiene su sede base en el CESAC N° 36.

Según datos extraídos de las encuestas, la población total de residentes que tienen su sede base en el Hospital Vélez Sarsfield es de 35. La muestra utilizada es de un total de 24 residentes, los cuales representan el 68,57% de total que actualmente se están formando en dicha institución.

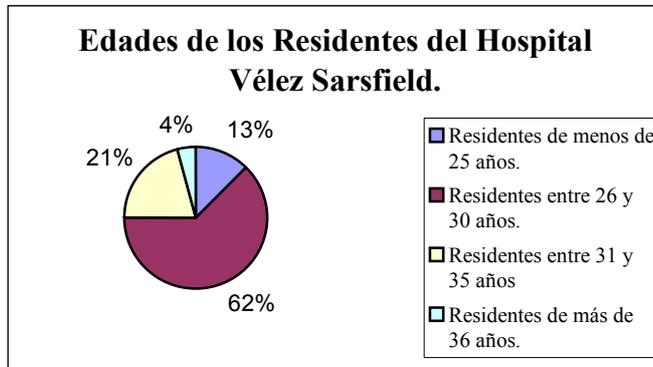
Con respecto a las encuestas, los Equipos de Psicopedagogía, Farmacia y Fonoaudiología las han respondido en un 100%. Los equipos de Tocoginecología y de Clínica Médica respondieron la encuesta en un 66.66% y el equipo de Pediatría en un 50%. En lo referente a los residentes de Cirugía, a pesar de que varias veces concurrimos al servicio para recolectar las encuestas; no obtuvimos colaboración de ninguno.

La encuesta fue diseñada para obtener información con respecto a las características de las instancias de formación y capacitación en cada residencia. Otro punto a indagar fue acerca de las representaciones, concepciones y/o imágenes acerca del aprendizaje que tienen los residentes de las diferentes disciplinas del Hospital Vélez Sarsfield, dentro del marco de un Sistema de Capacitación en Servicio.

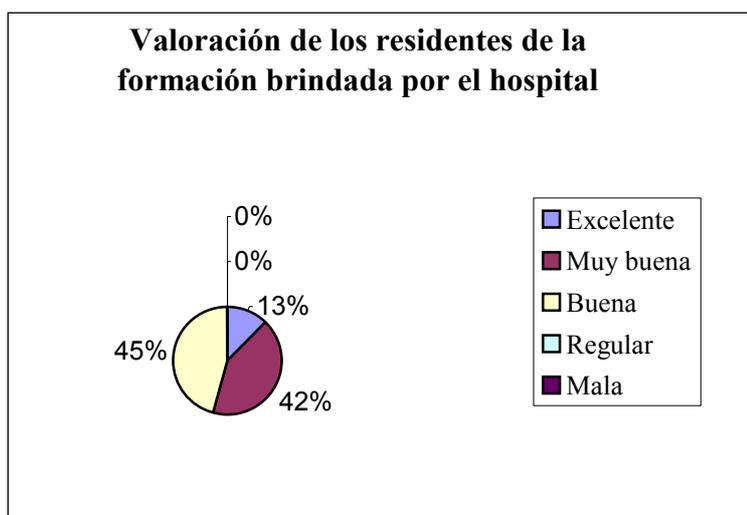
En relación al género de los residentes encuestados del hospital, el 95% son del sexo femenino.

En relación a las edades de los residentes encuestados, el 62.5%, tienen entre 26 y 30 años. El 12.5% tienen menos de 25 años. El 20.8% entre 31 y 35 años y el 4.1% superan los 36 años. Esto podemos pensar que guarda relación con lo referente al marco legal que regula al sistema de capacitación de las residencias ya que dentro de los requisitos para la inscripción del aspirante a residentes se encuentran los siguientes: *“para las residencias básicas: hasta 5 años*

de graduación al año que se concursa (...). No ser mayor a 45 años de edad al 1° de Agosto del año en que se concursa”⁵².



Con respecto a la valorización de la formación por parte de los residentes, el 45.8% de los residentes encuestados han considerado “Buena” a la formación brindada por el hospital. El 41.6% la consideran “Muy buena”; mientras que el 12.5% la consideró “Excelente”. Ninguno de los encuestados categorizan a la formación como Regular o Mala. Hemos notado una diferencia entre las otras Residencias del Equipo de Salud y las médicas. Las primeras en su mayoría consideran a la formación como “excelente” o “muy buena” mientras que en las segundas; la mayoría de los residentes la valorizan como “buena”.



Con respecto a la pregunta de la encuesta (n° 16) que indaga acerca de los objetivos y expectativas de los residentes al ingresar al hospital: los encuestados señalan como objetivo

⁵² GCBA cuadernillo “*Sistema de residencias y concurrencias*” Op cit. Pág 12

primordial la capacitación, el adquirir experiencia práctica y encontrar en el hospital una salida laboral. Con respecto a la concreción de los mismos, cabe destacar una diferencia significativa con respecto a las residencias médicas y las del equipo de salud. Los primeros señalan no haber concretado sus objetivos en su totalidad, mientras que los segundos manifiestan haber logrado sus objetivos.

En cuanto a las instancias formales de capacitación de las diferentes residencias (Pregunta Nº 10 y 11), los Ateneos están presentes en todas las residencias del hospital.

Con respecto a las supervisiones, en algunos casos están a cargo de un profesional externo, y en otras de un profesional de planta o de los compañeros residentes de años superiores.

En las diferentes residencias el trabajo en equipo está presente.

Con respecto a las rotaciones, las internas se dan en las residencias de Cirugía, Farmacia, Toco-Ginecología y Clínica Médica. Los residentes rotan por los diversos servicios que posee el hospital. Las rotaciones externas también están contempladas en los Programas. Cabe destacar que en algunas Residencias esta instancia de Capacitación no está avalada por algunos profesionales de planta.

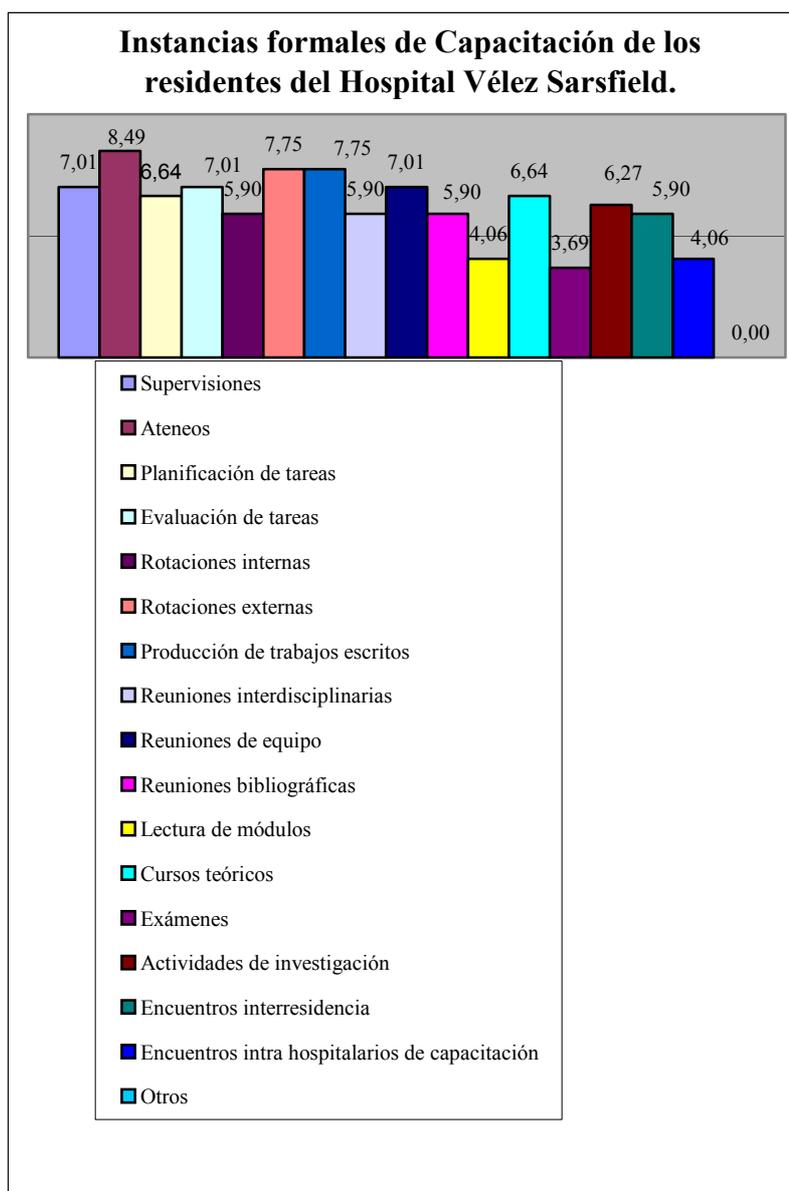
Casi todos los Residentes y Jefes o Instructores de Residentes plantearon en las encuestas y entrevistas, las dificultades para realizar reuniones interdisciplinarias y encuentros interresidencias, pero a su vez, marcan la riqueza e importancia de las mismas.

En relación a las reuniones bibliográficas, en muchas Residencias (especialmente en las Médicas) suelen estar supeditadas a la motivación e interés de cada residente o jefe o instructor.

En la mayoría de las Residencias médicas, con respecto a los cursos teóricos; los mismos son realizados luego de la tarea hospitalaria y en algunos casos son abonados por los mismos Residentes.

Las Residencias Médicas poseen exámenes (con modalidad de múltiple choice) a diferencia de las otras Residencias del Equipo de Salud.

La Residencia de Psicopedagogía es la única que cuenta con las instancias de capacitación formales de lectura de módulos bibliográficos; un trabajo de inserción en el primer año de la residencia y otro de investigación en el momento de finalización de la misma.



En función a la pregunta n° 16 de las encuestas, acerca del modo de evaluación en las diversas Residencias: la mayoría de los encuestados señalan la evaluación constante y el seguimiento diario.

“Tenemos una auto evaluación que hace el propio residente sobre su desempeño en los dos ámbitos: Área Programática y Servicios. Una evaluación del residente de ese período de capacitación hacia sí mismo, hacia la sede o hacia la capacitación que recibió. Y luego el instructor o jefe y el personal de planta a cargo hacen la evaluación del desempeño de los residentes en el Área Programática y en el Servicio. Se elevan cada seis meses a Capacitación y queda una copia en el CODEI.”(Instructora de residentes de Fonoaudiología)

Los residentes del hospital son evaluados cada seis meses. Dicha evaluación se remite a la Dirección de Capacitación y una copia de la misma queda para el CODEI (Comité de Docencia e Investigación).

Según la Ordenanza N° 40.997/85 (G.C.B.A.): “*Art. 11° - La evaluación de los residentes de los programas de residencias y los servicios donde se desarrollan será permanente y garantizará el cumplimiento de los objetivos propuestos.*

De la evaluación anual del residente surgirá su "promoción" o "no promoción". El residente "no promovido" quedará excluido de la residencia que cursa, al finalizar el año lectivo correspondiente.

Art. 12° - Al finalizar cada rotación o ciclo docente los residentes elevarán a la Subcomisión de Residencias un informe sobre el desarrollo de la misma, orientado a analizar el cumplimiento de los objetivos docentes.

Art. 13° - La Dirección de Capacitación Profesional y Técnica podrá implementar otros métodos de evaluación complementarios a los citados anteriormente.”⁵³

Las residencias de Psicopedagogía, Farmacia y Fonoaudiología presentan un modo similar de evaluación. Se realiza una evaluación del proceso de aprendizaje y el residente también puede autoevaluarse y evaluar a sus capacitadores. En las residencias médicas, a esta evaluación semestral, se le suma un examen escrito múltiple choice o a desarrollar.

En los programas de las diferentes residencias publicados en la web se pueden encontrar los protocolos de evaluación diseñados especialmente para cada especialidad.

En relación a la pregunta n° 19 de las encuestas. “¿Qué aprendizajes te brinda/brindó el hospital más allá de la formación como profesional?: las residentes de Psicopedagogía señalan la importancia de lo vincular, el trabajo en equipo, el aprender a respetar otras opiniones y el entrenamiento para afrontar situaciones de estrés y de exposición (Ej.: presentación de ateneos).

Las residentes de Fonoaudiología mencionan que la formación en el hospital las ayudó a ser más flexibles ante determinadas situaciones y que aprendieron el valor del compañerismo y el trabajo en equipo.

⁵³ Sistema Municipal de Residencias del Equipo de Salud ORDENANZA N° 40.997/85 (G.C.B.A.) Buenos Aires, 1985.

La residente de Farmacia ha tenido más contacto con la realidad de los pacientes.

Los Residentes de la especialidad de Clínica Médica en su mayoría señalan no haber aprendido algo al margen de la formación como profesionales; sólo una de las encuestadas menciona los “pro y contras” del trabajo en grupo.

De las especialidades de Pediatría y de Toco Ginecología, sólo dos residentes han respondido a la pregunta nº 19 de las encuestas. Una de ellas señala haber aprendido lo que “no debe hacer” y la otra señala: “que el peor enemigo del médico es otro médico”. *“El poder médico hegemónico también somete a los otros médicos: pediatras y neuropediatras en especial”*⁵⁴

“El ambiente de médicos es hostil, aprendés a defender tus derechos. Yo sólo quería que lo observen (se refiere a un paciente), al final lo internaron pero tuve que pelearla. Son cosas que me marcaron. A veces tenés que pelearla para conseguir algo” (Médica generalista)

En relación a los modelos o referentes reconocidos por los residentes para su formación (pregunta nº 15 de la encuesta), la mayoría señala a otro residente, ya sea un compañero de años superiores o inferiores o al jefe o instructor como referentes de su formación.

Al respecto, Vygotsky afirma la función mediadora del compañero en todas las ocasiones que se trate de un par más capacitado. Expresa asimismo que en el trabajo en equipo, la colaboración de sus miembros es un excelente promotor del aprendizaje de significados, conductas y técnicas. (Vygotsky, 1978).

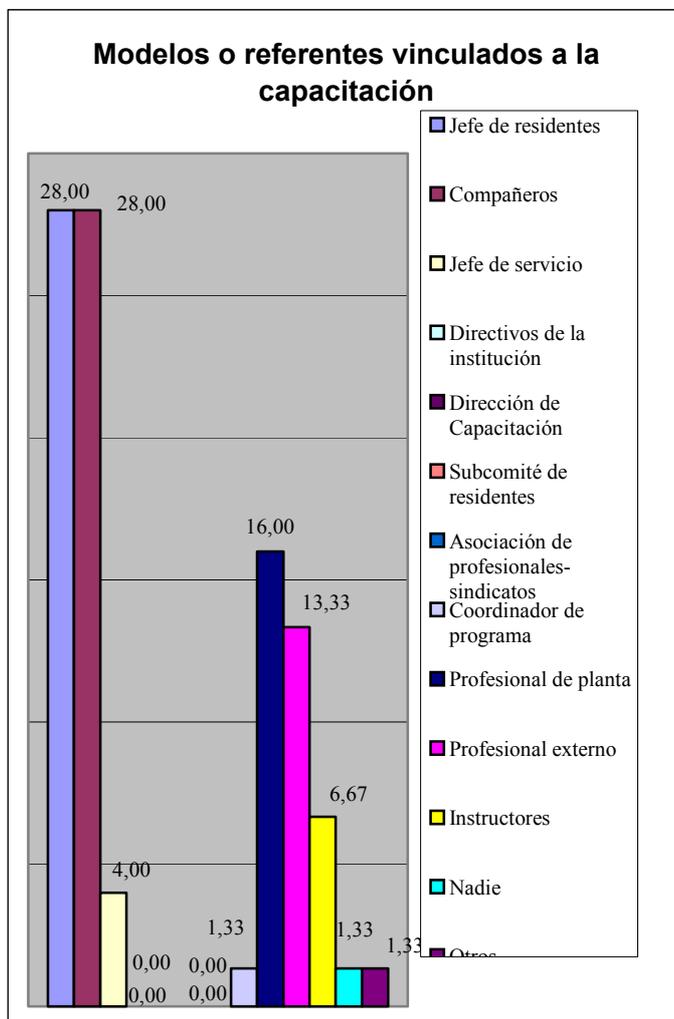
En tercero y cuarto lugar fueron considerados como referentes a los profesionales de planta y profesionales externos.

Enseñar y aprender están imbricados, no puede pensarse uno si no es en relación con el otro.

Entre el enseñante y el aprendiente se abre un campo de diferencias donde se encuentra el placer o el displacer en el aprender. El enseñante entrega algo, pero para poder apropiarse de aquello, el aprendiente necesita inventarlo de nuevo. Esa experiencia puede ser placentera o perturbarse según la posición de la persona enseñante. Enseñante pueden ser los padres, hermanos, tíos, pares o compañeros, maestros, profesores, etc. Dice al respecto Alicia Fernández: *“Si bien los objetos pueden llegar a tener una función enseñante, la persona enseñante, con todas sus características singulares, más allá de sus cualidades pedagógicas, es prioritaria, ya que más importante que el contenido enseñado es cierto molde relacional que se*

⁵⁴ Fernández, A. *“Los idiomas del aprendiente”* pág 47. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 2003.

va imprimiendo sobre la subjetividad del aprendiz...Más que enseñar (mostrar) contenidos de conocimiento ser enseñante significa abrir un espacio para aprender”⁵⁵



Recuperando... anécdotas significativas de aprendizajes.

Al solicitarle a los residentes recordar una anécdota significativa de aprendizaje (pregunta n° 17 de las encuestas) sólo cuatro de los 35 encuestados han podido relatar una anécdota que ejemplifique una instancia de aprendizaje; el resto ha descrito momentos fecundos para el aprender. Las residentes de psicopedagogía señalan la riqueza de las supervisiones, de los ateneos y de las reuniones de equipo como instancias significativas de aprendizaje. La residente de farmacia señala a lo diario, lo cotidiano como un aprender continuo. Con respecto a los residentes médicos, uno de ellos ha relatado una anécdota y otro rescata el trabajo en equipo. El

⁵⁵ Fernández, Alicia. *“Poner en juego el saber”* Pág 35. Op. cit

resto no han podido transcribir en la hoja de la encuesta ninguna instancia significativa de aprendizaje de su vida hospitalaria.

Sin embargo, en las entrevistas a los jefes, instructores y a la Coordinadora General de la Residencia de Psicopedagogía, los resultados han sido diferentes. Se han recogido anécdotas significativas de momentos de aprendizaje. Podemos pensar esto en relación a la posibilidad que brinda el formato de entrevista que permite un contacto más cercano con el entrevistado y de mayor compromiso que el que se establece frente a una encuesta autoadministrada.

Según Jerome Bruner en su texto *“La educación, puerta de la cultura”*⁵⁶, existen dos formas generales en las que los seres humanos organizan y gestionan su conocimiento del mundo y estructuran incluso su experiencia inmediata. Estas dos formas se conocen convencionalmente como: el pensamiento lógico científico y el pensamiento narrativo. En la educación tradicional se le ha dado mayor relevancia al primero que al segundo. Sin embargo enmarcamos nuestros orígenes culturales, nuestras creencias en forma de relato. También representamos nuestras vidas, así como las de los otros en forma de narración.

Dice Bruner: *“Si la narración se va a convertir en un instrumento de la mente al servicio de la creación de significado, requiere trabajo de nuestra parte: leerla, hacerla, analizarla, entender su arte, percibir sus usos, discutirla”*⁵⁷

*“La narración es un género discursivo que recupera algunos elementos de la realidad para ordenarlos temporalmente en un texto que muestra la intencionalidad de un autor, quien a través de su relato despliega un acontecimiento completo en forma coherente”*⁵⁸.

En el género narrativo se pone de relieve los aspectos de la subjetividad de quien narra. Se diferencia del diálogo ya que no se trata sólo del relato lingüístico de un acontecimiento, sino de la interpretación subjetiva del narrador sobre lo que aconteció o escuchó. El que narra queda colocado en una posición simbólicamente compleja, ya que no sólo reconstruye acontecimientos sino que incorpora a su actividad discursiva predicaciones y atributos particulares denotativos de formas singularizantes de su producción simbólica. Quien narra adopta una activa posición innovadora e imaginativa.

El diálogo da cuenta de aspectos posicionales y condensa respuestas en forma de opiniones. La narración, en cambio, sintetiza y reconstruye experiencias personales o acontecimientos que el narrador interpreta. Cuando un sujeto narra se compromete con aquello

⁵⁶ Bruner, Jerome. *“La educación puerta de la cultura”* Visor, Madrid. 1997

⁵⁷ Idem anterior.

⁵⁸ Schlemenson, S. *“Subjetividad y Lenguaje”* Cap 2, pág 40. Paidós. Buenos Aires. 2004

que dice o escribe. Con su relato el sujeto, no intenta repetir un recuerdo sino hacerlo “significativo” para otro. (Schlemenson, S. 2004)

Destacamos las experiencias de aprendizaje contadas en forma de relato y las incluimos en nuestro trabajo como la posibilidad de reconstruir nuestra historia de aprendizajes, recordando aquellos que nos resultaron más significativos en nuestra “construcción profesional”.

En ese sentido, resultaron mucho más enriquecedoras las entrevistas que las encuestas ya que a través de las primeras mantuvimos un contacto directo con el entrevistado estableciéndose un diálogo cara a cara.

“El diálogo....trasmite los juicios de un sujeto con relación a un tema, con lo cual remite a quien lo pronuncia y pone de relieve su posición respecto de sí mismo y de sus semejantes, concretando un encadenamiento enunciativo en el cual se comprometen un hablante y un oyente”.... “La cadena “autor”, “tema”y “oyente” abre una riqueza de sentidos inconmensurables que circulan entre los interlocutores. La intertextualidad que se concreta en sus intersecciones se entiende como la presencia simultánea de dos o más textos que rivalizan entre sí por la variedad de significados y sentidos que se deslizan entre ellos”⁵⁹.

La licenciada Silvia Dubkin (Entrevista 2006) nos “confió” tres relatos, (situaciones significativas de aprendizaje en su vida personal y profesional), que nos parecieron muy valiosos a la hora de incluirlos en nuestro trabajo:

“Voy a intentar contarles una anécdota o relato de cada lugar en el que estuve. Yo estaba en el Gutiérrez. En ese momento era estudiante de psicopedagogía; pero pude estar allí. Ahí recuerdo una anécdota en el servicio de psicopatología; recuerdo que el equipo hablaba de Freud, con una naturalidad, no sé que decían...pero me gustaba y quería entender. Tenía muchas ganas de formar parte de eso... quería poder aprender y tener siempre referentes; porque me parece que también se trata de esto, de estos escenarios de los que yo hacía mención anteriormente como facilitadores de aprendizaje, en donde uno tiene enseñantes que propician, que promueven el aprender”. (Entrevista a Silvia Dubkin, 2006)

“La impronta de la modalidad enseñante de los maestros permanecerá a lo largo de la vida de los alumnos, en cuanto al autorreconocimiento como seres pensantes y autores de historia”⁶⁰

En otro pasaje de la entrevista la Licenciada Dubkin, nos relata una anécdota muy personal acerca de aquellas instancias tempranas de aprendizaje:

⁵⁹ Idem anterior.

⁶⁰ Fernández, Alicia. *“Poner en juego el saber”* Pág 37. Op. cit

“En un taller que participé la propuesta era recordar aquellas escenas más tempranas de aprendizaje. Yo conté un aprendizaje que ocurrió con mi papá. Me pasó que yo tenía gran curiosidad de saber por qué salía el agua por la canilla. No lo podía entender. Mi papá agarró el auto, me llevó hasta el río, y de allí hicimos el recorrido inverso del trayecto del agua. Me mostró los tanques de Aguas Argentinas y recorrimos con el auto los caños hasta llegar a casa y a la canilla... Ahí quedó una impronta. Mi padre es absolutamente intuitivo, pero yo también rescato esto, el animarse, el ser intuitivo. Lo que uno intuye hay que tenerlo en cuenta, confiar...Pero, ojo, con criterio”. (Entrevista a Silvia Dubkin, 2006)

Dice al respecto Alicia Fernández: *“Los padres y los maestros, al ser los primeros enseñantes, pueden nutrir y producir en los niños esos espacios donde el aprender es constructor de autoría de pensamiento...Un enseñante es alguien que cree y quiere que el aprendiente aprenda.”*⁶¹

“Me pasó de estar en la sala de juegos que yo les contaba, en el Gutiérrez, ahí iban muchos chicos internados de Salud Mental. Un día yo estaba jugando con uno de los chicos al supermercado y entonces en un momento veo que el nene se va para la ventana y no había rejas, en aquel entonces. Veo que todas las chicas que estaban allí empiezan a correr para todos lados. En la misma situación en la que estábamos jugando, me acerco y le digo: “Señor, en este supermercado no se sale por la ventana, se sale por la puerta”. Todos estaban viendo a quién llamaban, qué hacían, a qué guardia llamar. El chico me contesta: ah!! ¡Claro! Y se baja de la ventana. Y ahí después casi me desmayo. Viene y me dice: ¿cuánto te debo? Yo quedé así, como destruida. Pero pude aprender mucho en el hospital. Me parece que uno aprende mucho desde uno, desde los otros y desde los escenarios que posibilitan ese aprendizaje”. (Entrevista a Silvia Dubkin, 2006)

A continuación incluiremos relatos, anécdotas significativas de aprendizaje de residentes, jefes e instructores que forman parte de su recorrido y formación por el Hospital Vélez Sarsfield:

“Se me ocurren millones de anécdotas, pero seleccionando uno, se me aparece la imagen de mi Jefa de residentes cuando tomé mi primer paciente, la cual cada vez que terminaba la sesión, se reunía conmigo a hacer “un acompañamiento del tratamiento” Consistía en compartir mis intervenciones, en pensar juntas sobre el caso, en proponer nuevas intervenciones, etc. Lo considero muy rico, ya que a pesar de existir la instancia formal de

⁶¹ Fernández, Alicia. *“Poner en juego el saber”* Pág 36. Op. cit

*supervisión, este encuentro reflejaba el sostén permanente que uno encuentra en aquellos compañeros con mayor experiencia, habiendo además de conocimientos, creación de vínculos que finalmente son los que hacen tan enriquecedora la tarea de aprender” (**Jefa de Residentes de Psicopedagogía**)*

*“A mi me pasó en 1º, que le pedí a una mamá en la primera consulta la ecografía. Viene otra vez a las cuatro semanas, la panza estaba enorme! Creíamos que era un embarazo molar (patológico)... Era un embarazo gemelar y yo me lo comí. Abajo no leí, no revisé bien la ecografía. De eso no te olvidas más. Ahora reviso la ecografía por todos lados” (**Jefa de Residentes de Toco-ginecología**)*

*“Lo último que me pasó en una reunión del proyecto del PROSAM tomé una determinación por ganas de avanzar y de hacer y te salteás por ahí pasos formales como pedir autorización a tu jefa, avisar a otros integrantes del programa etc.... En otras instancias por ahí la tenés re clara, carta acá, carta allá, pero ante una situación nueva y movida por las ganas es como que te olvidás”. (**Instructora de Residentes de Fonoaudiología**)*

*“Aprendí de un paciente con HIV que en la guardia no lo querían internar. Aprendí como manejarme, el ambiente de médicos es hostil, aprendés a defender tus derechos. Yo sólo quería que lo observen, al final lo internaron, pero tuve que pelearla. Son cosas que me marcaron. A veces tenés que pelearla para conseguir algo” (**Instructora de Medicina Generalista**).*

*“Los últimos 5 años viví más acá que en mi casa...Eh...todo, amigos pero amigos amigos de verdad, aprendí el trato con gente que sabe mucho y está bueno codearse de gente que sabe mucho. Aprendés a comprender lo que le pasa a otro. Quizá una mamá no le da a su hijo la comida caliente no porque no quiera sino porque no tiene horno en su casa. Yo antes de esto no pensaba que alguien no tenía una cama calentita donde dormir. Aprendí a ver distintos modos de vida, aprendí del error”. (**Jefa de Residentes de Pediatría**)*

PROPUESTAS A MODO DE CIERRE Y APERTURA

“Pensar supone entrar en los deseos viendo lo posible y lo imposible para después poder trabajar en la dirección de hacer probable algo de lo posible” Alicia Fernández

Dabas (1999) plantea: *“si bien existen recursos metodológicos para implementar una estrategia de trabajo en red, las mejores intervenciones se realizan cuando se produce una opción sobre articulaciones y vínculos preexistentes”*.

El primer vínculo ya está hecho, este trabajo nos permitió acercarnos a los otros profesionales (personas con un nombre y un lugar dentro del hospital) a quienes ahora cuando nos cruzamos en los pasillos y el comedor los saludamos con una sonrisa o un beso sabiendo que tenemos algo en común, somos residentes, “personas que estamos aprendiendo” y queremos seguir haciéndolo, en un ámbito muchas veces duro, difícil, enfrentándonos permanentemente a situaciones problemáticas frente a las cuales se nos exige responder a la mayor brevedad posible...

En la introducción de este trabajo mencionamos el propósito de comenzar a transitar la formación de nuestra identidad profesional, y desarrollar nuestro rol como psicopedagogas inmersas en un Hospital o Centro de Salud.

“La formación permanente debe integrar la reflexión en la práctica y sobre la práctica como un elemento clave de la preparación profesional”... “La formación debe ayudar a los profesionales a indagar sobre su propia práctica, tratando de reflexionar en la acción y amparándose en el conocimiento disponible para ir creando otro nuevo, aunque al principio éste no resulte del todo evidente o explícito.”... La reflexión sobre la práctica supone una concepción constructivista de la realidad y desempeña un papel central en el desarrollo de la competencia profesional”. (Majós, Teresa, 1996 en Monereo Font y Solé Gallart)

En función de la reflexión teórica realizada, las observaciones en el hospital y especialmente a partir de las encuestas y entrevistas en donde los residentes del hospital nos abrieron las puertas de sus pequeños mundos... nos convoca el devolverles algo de todo esto... nos surge la necesidad de plantear algunos ejes para trabajar juntos reflexiva y creativamente.

Nos parece importante la creación de espacios que habiliten el pensar, la reflexión sobre lo cotidiano, permitiendo reinsertarnos desde otro lugar. “Dejar hablar”, la palabra y la creación conjunta son condiciones primordiales para permitir que advenga la representación de lo silenciado.

Como psicopedagogas, pensamos la importancia de propiciar espacios de reflexión conjunta entre residentes de diferentes especialidades. Facilitar espacios de intercambio en donde los residentes interesados podamos plantear nuestras dudas, inquietudes, problemas y conjuntamente pensar estrategias para actuar y para mejorar aquello que no está funcionando. .

La respuesta a la pregunta **¿Qué falta?**, deberá ser nuestro motor permanente, sabiendo obviamente que la respuesta a esa pregunta nunca se colma. Sabemos que puede resultar utópico pero como dice Schvarstein: *“Las utopías son signos de insatisfacción con el presente, su sostenimiento en el tiempo es un factor de desequilibrio que no puede sino favorecer el desarrollo de la organización y de sus miembros por lo tanto también sus aprendizajes”*⁶²

“EL SUJETO QUE APRENDE...ORGANIZACIONES QUE APRENDEN”

Si podemos hacernos preguntas, formular preguntas y preguntar, estos son indicadores de salud en aprendizaje, de libertad para pensar.

⁶² Schvarstein. L. 1991 Op. Cit.

CONCLUSIONES

Este trabajo fue un intento de acercamiento a la investigación etnográfica⁶³, cuyo objetivo es poder encontrar los sentidos que “el otro” le da a su accionar y por otro lado, abrir nuestros sentidos sin perder de vista los sentidos que vamos a observar.

Sabemos que es un trabajo incompleto, limitado, que aún queda un sinfín de datos por analizar, articulaciones por realizar, preguntas a contestar, pero que también hemos podido responder a algunos de los objetivos planteados en la introducción.

Este trabajo permitió acercarnos al marco teórico que sustenta la Residencia como un Sistema de Capacitación en Servicio.

El acercamiento a los distintos autores nos permitió articular sus pensamientos e ideas con la construcción de nuestro propio lugar como sujetos de aprendizaje en continua formación, dentro de una organización del Sistema de Salud.

Por lo tanto creemos que nuestra identidad profesional se construye a lo largo de los años en la interacción con nuestros colegas y en función de la resolución de problemas que nos plantea nuestro trabajo cotidiano.

Revisamos las teorías y conceptualizaciones más importantes de aprendizaje y autores significativos y representativos de nuestra especialidad: la Psicopedagogía.

Destacamos el valor que tiene la persona “enseñante” en el “aprendiente”, con todas sus características singulares y más allá de sus cualidades pedagógicas. Ya que *“más importante que el contenido enseñado, es cierto molde relacional que se va imprimiendo sobre la subjetividad del aprendiente...Más que enseñar (mostrar) contenidos de conocimiento, ser enseñante significa abrir un espacio para aprender”*⁶⁴ Pensamos que en este camino que estamos emprendiendo, uno aprende del otro, con el otro, desde uno mismo y a través de escenarios que lo hagan posible.

Entre el enseñante y el aprendiente se introduce un campo de diferencias, que es el lugar de novedad, de creación. Por lo tanto la presencia de un grupo empírico (donde el sujeto pueda situarse entre pares) adquiere una gran relevancia para el aprender. (Fernández, Alicia, 2000).

Entendemos el aprendizaje como una construcción singular, que cada sujeto va haciendo a partir de su saber, para ir transformando las informaciones en conocimientos.

⁶³ Woods, P. *“La Escuela por dentro”*. Paidós, Barcelona. 1993.

⁶⁴ Fernández, Alicia. *“Poner en juego el saber”* Pág 35. Op. cit

El analizar las distintas modalidades de aprendizaje nos permitió darnos cuenta que cuando se habla de aprendizaje no todos nos posicionamos desde un mismo lugar, no siempre todos hablamos de lo mismo.

Podemos concluir entonces que existen diferencias en las representaciones, imágenes, concepciones y modalidades, que los diferentes residentes del Hospital Vélez Sarsfield tienen en relación al aprendizaje; predominando en su mayoría en las residencias del Equipo de Salud una concepción constructivista; y en las residencias médicas una concepción más de índole cognitivo- conductual.

Destacamos las experiencias de aprendizaje contadas en forma de relato y las incluimos en nuestro trabajo como la posibilidad de reconstruir nuestra historia de aprendizajes, recordando aquellos que nos resultaron más significativos en nuestra “construcción profesional y personal”.

En una institución hospitalaria y más específicamente dentro del Área Programática, donde nos insertamos, conviven profesionales que responden a diferentes disciplinas y campos teóricos e incluso a distintas posiciones frente a la enfermedad y quien la padece. Por consiguiente las personas que allí trabajamos estamos y estaremos sometidas a tensiones, obstáculos, acuerdos y desacuerdos, satisfacciones, crecimiento, etc, mostrándonos de este modo que la formación excederá lo meramente formal exigiéndonos día a día flexibilidad y apertura frente a nuevos aprendizajes y experiencias.

El proceso de realización del presente trabajo nos permitió resignificar situaciones, vivencias, conocimientos y aprendizajes previos. Además nos facilitó apropiarnos del lugar, del espacio y sentirnos parte del mismo.

En definitiva pudimos acercarnos a otras personas, nuestros colegas residentes que si bien desde otra especialidad, desde otra formación, desde diferentes posicionamientos en relación al aprendizaje, descubrimos que tenemos muchos puntos en común, a todos nos guía el deseo por aprender, por formarnos, por capacitarnos y así poder brindar nuestra ayuda a todos aquellos que lo necesiten. Gracias a todos!!!!!!!!!!!!!!

*Cuando falto de hilo conductor
En el laberinto de las montañas
De nada te sirve tu deducción*

.....

*Entonces, a veces se propone ese guía
Y, como si volviera de allá lejos, te traza el camino.
Pero una vez recorrido, ese camino permanece trazado
y te parece evidente,
y olvidas el milagro de una marcha
Que fue semejante a un retorno.*

*Antoine de Saint- Exupéry
(La Ciudadela)*

BIBLIOGRAFÍA

- Análisis de la situación de salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires- Año 2003. Departamento de epidemiología. Dirección General Adjunta de APS. Secretaria de Salud- GCBA. Buenos Aires, diciembre de 2004.
- **Avanzini Guy**, “La pedagogía del siglo XX. Ediciones Narcea S.A., Madrid, 1980, Pág. 273.
- **Bruner, Jerome.** “La educación puerta de la cultura” Visor, Madrid. 1997
- **Carballeda, A.** “La intervención en lo social”. Exclusión e intervención en los nuevos escenarios sociales. Paidós Tramas Sociales. Bs. As. 1º Edición 2002.
- **Corvalán de Mezzano, Alicia.** “Recuerdos personales- memorias Institucionales: hacia una metodología de indagación histórico- institucional” Cap 2 en Butelman, I. (Comp.) Pensando las instituciones. Sobre teorías y prácticas en educación. Paidós. Bs. As. 1996.
- **Dabas E. Colaboradores: Listovsky, Dubkin y Cabral.** “Principios Orientadores para favorecer la integración del ingresante al sistema de salud, relatoría de una experiencia: recepción de ingresantes al sistema de formación de residencia”GCBA. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. Septiembre 2003
- **Dabas, Elina. Coautores. Dubkin, Silvia y Lorusso, Haydeé Colaboradores: Cabral, Ana Lía y Listovsky, Gabriel** “Principios orientadores para favorecer la integración del ingresante al sistema de salud (Residentes y Concurrentes)” GCBA. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. Julio 2002.
- **Davini, María Cristina.** “Metodología Estudio – trabajo como una opción pedagógica en la Formulación y Capacitación del personal de salud” Cap: “Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud” OPS. Publicación N° 19. 1989
- **De Leo, Carolina; Malfetano M. Teresa.** “Acerca de cómo continúa aprendiendo un Psicopedagogo. Algunas conceptualizaciones sobre Capacitación en Servicio y las instancias de Supervisión”. Trabajo de Inserción. Hospital Vélez Sarsfield. Buenos Aires. 2002.
- **Delors Jacques y otros.** “La educación encierra un tesoro”. Correo de la UNESCO. México.1997.
- **Elichiry, Nora.** “El niño y la escuela. Discusiones actuales en Psicología Educativa”. Cap: “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias” Ediciones Nueva Visión. Bs. As. 1987

- **Fernández, Alicia** *“Los idiomas del aprendiente. Análisis de modalidades de enseñanza en familias, escuelas y medios”* 1ª Ed 2ª reimp: Nueva Visión. Bs. As. 2003
- **Fernández, Alicia.** *“La inteligencia atrapada, abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia”*: 1ra Edición 11ª reimp: Nueva Visión. Bs. As. 2002
- **Fernández, Alicia.** *“Poner en juego el saber”*. Ed: Nueva Visión. Bs. As. 2002.
- **Garay, Lucía,** en Ida Butelman, Comp, *“Pensando las instituciones”*. 1996. Pág 134
- **García Madruga, JA** *“Aprendizaje por Descubrimiento frente a Aprendizaje por Recepción: la teoría del aprendizaje verbal significativo”* En Coll, C.; Palacios, J. y Marchesi, Á. (Eds.): *Desarrollo psicológico y educación, II*. Madrid: Alianza Psicología. 1990.
- GCBA. Cuadernillo con Información detallada sobre Residencias y Concurrencias *“Sistema de Residencias y Concurrencias”* Secretaría de Salud. Dirección General de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh
- **Lave, J.** “Las prácticas del aprendizaje” en Chaiklin, S y Lave, J. (Comp) *“Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto”*, Cap I. Ed. Amorrortu. Argentina. 1996.
- **Lemus, J.** *“Atención primaria de la salud y Áreas Programáticas”* Ed. Kohan 1994.
- **Listovsky Gabriel.** *“Programa de formación de formadores para profesionales con responsabilidad de formación en los servicios hospitalarios”*. GCBA. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo. 2003.
- **Majós, Teresa.** La formación de profesionales asesores: actualización y autoafirmación. Cap 23 en **Carles Monereo e Isabel Solé (coords.)** *El asesoramiento psicopedagógico: una perspectiva profesional y constructivista.* (1996)
- Maslach, C. y Jackson, S.E. "Burnout in organizational settings." En: Oskamp, S. (Ed), *Applied Social Psychology Annual*, vol.5. Beverly Hills, Sage. (1981).
- **Müller, Marina.** (1990). *“Aprender para ser”*. Bs. As.: Bonum.
- **ORDENANZA N° 40.997/85** (G.C.B.A.) Art. 2° -
- Página Web **Programa General de la Residencia de Cirugía General**
<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/ciru.pdf>
- Página Web. **Programa General de la Residencia de Farmacia.**
<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/farma.pdf>
- Página Web. **Programa General de la Residencia de Fonoaudiología.**
<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/fono.pdf>

- Página Web. **Programa General de la Residencia de Obstetricia.**
<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/obste.pdf>
- Página Web. **Programa General de la Residencia de Toco – Ginecología**
<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/tocogineco.pdf>
- Página Web. **Programa General de la Residencia de Pediatría**
<http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/programas/pediatrica.pdf>
- **Pasano, Susana.** *“La institución hospitalaria, inserción de la Psicopedagogía Clínica”*
Ed: Tekné. Bs.As. 1991
- **Pérez Jáuregui, María Isabel** *“El Síndrome de burnt out” (“quemarse” en el trabajo) en los profesionales de la salud”*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL Año II N° 5 Marzo 2001 <http://www.salvador.edu.ar>
- **Pozo Municio, Juan I.** *“Teorías cognitivas del aprendizaje”* Cap. II El conductismo como programa de investigación, Madrid, Morata. 1993
- **Quesada, Ricardo.** *“Más de 300 porteños superan los 100 años”* LA NACION LINE, Diciembre 09, 2004. <http://www.lanacion.com.ar>
- **Rivière, A.** “La teoría cognitiva social del aprendizaje: Implicaciones educativas”. En Coll, C.; Palacios, J. y Marchesi, Á. (Eds.): *“Desarrollo psicológico y educación, II”* Madrid: Alianza Psicología. 1990.
- **Rovere Mario.** *“Planificación estratégica de recursos humanos en salud”*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos en salud° 96. OPS. 1993
- **Schvarstein, Leonardo.** *“Psicología Social de las Organizaciones. Nuevos Aportes”*. Paidós. Grupos e Instituciones. Buenos Aires.1991.
- **Videla, Mirta** *“Prevención. Intervención psicológica en Salud Comunitaria”* Ed: Cinco. Bs. As. 1991
- **Vygotsky, L.** *“Mind in Society”*, Pág 94 Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1978.
- **Woods, P.** *“La Escuela por dentro”*. Paidós, Barcelona.1993.

RECORRIDO HISTÓRICO DE LOS TRABAJOS DE INSERCIÓN Y ATENEOS.

- Lic. Dardis y Lic. Greber **“Reconstruyendo la historia...”** 1997
- Lic. Crosta y Lic. Macarrone **“ El proceso de construcción de la interdisciplina en un área programática”** 1998
- Lic. Kutz y Lic. Tropeyas **“Historia del programa de Salud Escolar en el área programática del H.V.S.”** 1999
- Lic Ricchiardi y Lic. Torrado **“Salud Comunitaria, un espacio para la participación”** 2000
- Lic. Fernández y Lic. Alonso **“Las concepciones de los integrantes del área programática del H.V.S. en relación al rol del equipo de psicopedagogía”** 2001
- Lic. De Leo y Lic. Malfetano **“Acerca de cómo continúa aprendiendo un psicopedagogo. Algunas conceptualizaciones sobre la capacitación en servicio y las instancias de supervisión”** 2002
- Lic. Ciola y Lic. Breuer **“Descubriendo la labor preventivo-comunitario. Una experiencia de aprendizaje como residentes de un área programática”** 2003
- Lic. Croci y Lic. González **“Los padres en el área programática: una mirada posible a los ojos de nuestra labor”** 2004
- Lic. Karina Alonso y otros. **“Dispositivos particulares...¿Intervenciones específicas? Acerca de algunos espacios pedagógicos en el ámbito hospitalario”** Ateneo General de la Residencia Hospital Vélez Sarfield Abril 2005.
- Lic. Ros Giordano, Celeste y Lic. Guarino, Ana **“De la historia a la memoria, un encuentro con el pasado y el presente para proyectar el futuro”**. Trabajo de inserción 2005. Hospital Gutiérrez
- Lic.Felicitas Canal Rodríguez, Lic.Susana González. **“Simbolización y aprendizaje, Reflexiones en torno a la clínica psicopedagógica en un instituto de rehabilitación”** Abril 2006

ANEXO

ENCUESTA A RESIDENTES

Somos residentes de psicopedagogía y formamos parte del Área Programática del hospital Vélez Sarsfield. Estamos realizando encuestas a otros profesionales para conocer cómo se dan las instancias de aprendizaje y capacitación en las otras residencias que tienen como sede base este hospital.

Datos personales

1. **Profesión** _____
2. **Servicio al que pertenece:** _____
3. **Año en curso:**
1. 1° año () 2. 2° año () 3. 3° año () 4. 4° año () 5. 5° año () 6. Jefe () 7. Instructor ()
4. **Sexo:** 1. Femenino () 2. Masculino ()
5. **Edad:** _____
6. **Año de egreso:** _____
7. **Institución (de la que egresó):** _____

Capacitación y aprendizaje.

8. **¿Cuáles son las actividades que realizás en el hospital?**

9. **¿Conocés y/o tenés acceso al programa de tu residencia (con objetivos y contenidos)?**

10. **¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia?**

1. Si () 2. No () (pasa a pregunta 12)

11. **¿Cuáles?**

1. Supervisiones ()
2. Ateneos ()
3. Planificación de tareas ()
4. Evaluación de tareas ()
5. Rotaciones internas ()
6. Rotaciones externas ()
7. Producción de trabajos escritos ()
8. Reuniones interdisciplinarias ()
9. Reuniones de equipo ()
10. Reuniones bibliográficas ()
11. Lectura de módulos ()
12. Cursos teóricos ()
13. Exámenes ()
14. Actividades de investigación ()
15. Encuentros interresidencia ()
16. Encuentros intra hospitalarios de capacitación ()
17. 15. Otros: _____

12. ¿En general como calificarías la formación que se te brinda en el hospital?

1. Excelente () 2. Muy buena () 3. Buena () 4. Regular () 5. Mala ()

13. ¿Por qué?

14. ¿La mayoría de las veces a cargo de quién está tu capacitación?

1. Compañeros () 2. Jefes de residentes () 3. Profesional de planta ()
4. Profesional externo () 5. Instructores () 6. Otros: _____

15. ¿A quién/ quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

1. Jefe de residentes ()
2. Compañeros ()
3. Jefe de servicio ()
4. Directivos de la institución ()
5. Dirección de Capacitación ()
6. Subcomité de residentes ()
7. Asociación de profesionales/sindicatos ()
8. Coordinador de programa ()
9. Profesional de planta ()
10. Profesional externo ()
11. Instructores ()
12. Nadie ()
13. Otros: _____

16. ¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

17. ¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente?

18. ¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

19. ¿Qué aprendizajes te brindó / brinda el hospital más allá de tu formación como profesional?

20. ¿Qué entendés por aprendizaje?

21. ¿Quisieras agregar algún comentario?

ENTREVISTA SEMI- ESTRUCTURADA A JEFES O INSTRUCTORES DE RESIDENTES

Datos personales

Profesión _____

Servicio al que pertenece: _____

1. Jefe () 2. Instructor ()

Sexo: 1. Femenino () 2. Masculino ()

Edad: _____

Año de egreso: _____

Institución (de la que egresó): _____

Capacitación y aprendizaje.

1. **¿Por qué elegiste entrar en la Residencia de tu especialidad?**
2. **¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?**
3. **¿Qué conocés al respecto de cómo se originó la residencia de tu especialidad en este hospital?**
4. **¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en este hospital? ¿Y cuáles específicamente, las tuyas como jefe/a o instructor/a?**
5. **¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos)? ¿y específico para esta sede? ¿Los residentes tienen acceso a él? ¿Cuáles son los lineamientos principales?**
6. **¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia? 1. Si () 2. No ()**
¿Cuáles?
 18. Supervisiones ()
 19. Ateneos ()
 20. Planificación de tareas ()
 21. Evaluación de tareas ()
 22. Rotaciones internas ()
 23. Rotaciones externas ()
 24. Producción de trabajos escritos ()
 25. Reuniones interdisciplinarias ()
 26. Reuniones de equipo ()
 27. Reuniones bibliográficas ()
 28. Lectura de módulos ()
 29. Cursos teóricos ()
 30. Exámenes ()
 31. Actividades de investigación ()
 32. Encuentros interresidencia ()
 33. Encuentros intra hospitalarios de capacitación ()
 15. Otros: _____
7. **¿En general cómo calificarías la formación que se brinda en el hospital?**
1. Excelente () 2. Muy buena () 3. Buena () 4. Regular () 5. Mala ()
8. **¿Por qué?**

9. ¿Cuáles son a tu criterio las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

10. Si pudieras modificar algo: ¿Qué cambiarías y qué optimizarías?

11. ¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

12. ¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

1. Compañeros () 2. Jefes de residentes () 3. Profesional de planta () 4. Profesional externo ()
5. Instructores () 6. Otros: _____

13. ¿A quién / quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

- 14. Jefe de residentes ()
- 15. Compañeros ()
- 16. Jefe de servicio ()
- 17. Directivos de la institución ()
- 18. Dirección de Capacitación ()
- 19. Subcomité de residentes ()
- 20. Asociación de profesionales / sindicatos ()
- 21. Coordinador de programa ()
- 22. Profesional de planta ()
- 23. Profesional externo ()
- 24. Instructores ()
- 25. Nadie ()
- 13. Otros: _____

14. ¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

15. ¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

16. ¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe / instructor?

17. ¿Qué aprendizajes creés que te brindó / brinda el hospital, más allá de tu formación como profesional?

18. ¿Qué entendés por aprendizaje?

19. ¿Quisieras agregar algún comentario?

20. ¿Existe algún material impreso o por Internet al que podamos recurrir para conocer algo más sobre la residencia de tu especialidad?

Entrevista a la Licenciada Silvia Dubkin ⁶⁵

La licenciada nos recibe en su oficina de la dirCAP con fecha del 26 de julio de 2006.

Comenzamos la charla comentándole a la Lic. la temática de nuestro trabajo y los objetivos de nuestra entrevista.

Silvia: En principio no sé si ya lo han hecho, para ayudarlas a potenciar el trabajo les recomiendo leer las ordenanzas correspondientes; es básico para poder ampliar la información. Nosotros trabajamos con toda la línea de Educación Permanente en salud. Todo el material de la OPS. Una autora María Cristina Davini con la teoría de la problematización.

Con respecto a la Capacitación en Servicio, se trata de poder empezar a entender estos sistemas (residencia y concurrencia) qué lugar ocupa el aprender, capacitarse y formarse en un ámbito laboral a nivel de postgrado que no puede reproducir la lógica de la educación formal, académica, sistemática y escolarizada.

Además. Acá está ligado al área de capacitación de una organización, está relacionado con los desarrollos del área laboral, organizacional y empresarial que toma a la capacitación en el ámbito de trabajo. Acá el punto es la salud, los padecimientos de la población y prácticas por parte de los profesionales y ése es un lugar propicio para poder aprender acerca del desarrollo en determinada profesión o disciplina en un campo determinado como es el campo de la salud, en este caso la salud pública.

Esto no quiere decir que cada residencia no pueda tener su propia modalidad, su lógica y funcionamiento. Hay aspectos que a una psicopedagoga se le escapan menos, pero porque estamos más atentos a qué es un escenario educativo.

Andrea: sabemos que sos la coordinadora general de la Residencia de psicopedagogía... ¿Queríamos preguntarte además cuál o cuáles son las funciones que desempeñas en la dirCAP? Volvamos a algunos inicios y a la relación mía con Capacitación y con la Residencia. Yo estoy ininterrumpidamente en el sistema desde el 84. Fui visitante en el Gutiérrez, que era una categoría de capacitación que existía antes y ahora no. Fui concurrente en el Zubizarreta, ahí gané una beca y el primer año lo hago ahí y par el segundo ahí me mandan al Vélez en donde no tenían equipo de psicopedagogía y ahí voy a crear el equipo; esto fue el primer día hábil del 1989. Armo un equipo básicamente con concurrentes y después se incorpora Betina Oddi que

⁶⁵ Dubkin, Silvia. Lic en Psicopedagogía. Egresada de USAL. Actualmente es coordinadora general de la Residencia y Concurrencia de Psicopedagogía de la Dirección de Capacitación y Desarrollo del GCBA. Es profesora titular de la cátedra "Psicología y epistemología genética" en UCES. Dictó numerosos cursos y seminarios de formación. Es asesora psicopedagógica en diferentes establecimientos educativos.

también estaba en el Zubizarreta. Junto al Dr. Lombardo se arma el Área Programática y también coordinaba el equipo de psicopedagogía. En 1995, fue aceptado el Vélez como sede de rotación, junto con el Piñero. En el 1997 se constituye como sede base de la Residencia de Psicopedagogía.

En el 2000 Elina Dabas deja la coordinación general de la residencia; de la cual estaba a cargo desde 1992, momento que se crean las residencias. Ahí se realiza una selección, de la cual me piden que participe y finalmente quedé a cargo desde el 2000. Hasta el año pasado estaba en condición de comisión; ahí me transfieren a dirCAP. Coordino la Residencia y Concurrencia. Antes no se coordinaban juntas y a partir de mi inserción comienzo a coordinar las dos en conjunto. Además participo de otras instancias, como trabajos escritos, organización de la jornada de recepción de ingresantes, actividades de egresos, con un analista organizacional que es “couch” y que ayuda a preparar mejor los egresos. He sido jurado de becas de Capacitación. Estoy a cargo del espacio de reunión y capacitación de todos los coordinadores de todas las residencias que nos reunimos una vez por mes.

Andrea: ¿Tenés contacto con otras residencias?

Sí, no en el detalle tan pormenorizado respecto de modalidades que es muy diverso está muy presente la impronta de la organización previa y de la modalidad de organización y coordinación previa. Esto está muy heterogéneo y diverso. Esto está planteado ya desde lo edilicio, las grandes aulas, son aulas magnas, las cuales ya plantean un modo de aprender. Las gradas, el escritorio, es un modelo de Panóptico. Hay pocos espacios de reuniones, desde lo edilicio, para reunión, para lo grupal. Hasta en los CESAC se ve esto. Los hospitales no tienen un espacio. Ustedes ven lo que cuesta conseguir un aula para algún ateneo. Es parte de la situación, a pesar que la docencia, asistencia e investigación fueron los tres pilares básicos para la construcción de los hospitales desde su punto de inauguración. Lo que pasa a lo mejor es que había un modo particular de hacer docencia; muy ligado a lo asistencial, ciertas cátedras con renombre y demás. Acá históricamente concurrencia fue previa a la residencia. Yo misma fui concurrente. Era una época que no había un examen previo para ingresar a la concurrencia En el 1992 comienza la Residencia; en general en ese año empiezan todas las residencias no médicas del equipo de salud.

Andrea: Eso es muy interesante: el tema de cómo se nominan

Sí, sí. Esto seguramente se ira modificando. Nosotros, desde dirCAP no operamos desde esa lógica, el tema que tienen que ver ustedes es que estas normas no son de dirCAP sino de las legislaturas. Muchas cosas hay que actualizarlas pero es una movida muy fuerte. Hay mucho para seguir trabajando respecto de esto. Digamos que los coordinadores generales tenemos que

ver con estas cuestiones, todo lo que tiene que ver con la gestión y conducción de los procesos de formación de profesionales que se están capacitando en una formación de postgrado, de capacitación de servicio. Es un escenario que para mí es apasionante, no por eso no deja de ser arduo, no por eso no deja de ser un escenario con complicaciones propias de lo que es formar a nivel de postgrado en un ámbito laboral, en donde se articulan diferentes lógicas que van imperando depende el momento, las cuales a veces se disfrutan y otras se padecen. Luego, hay una mirada propia, una impronta de cada tipo de profesión, eso se nota mucho.

Carla: Esto lo vimos en las entrevistas que realizamos a los jefes de residentes, tuvimos contacto con todos ellos y pudimos observar eso.

Es justamente para eso que se hace el trabajo de inserción. Si ustedes se preguntan, estas cosas se vienen haciendo hace un montón. No tan sistematizadas desde el inicio. Esto comenzó con la gestión de Elina. Fue algo maravilloso. En algún punto lo que yo busqué es sostener los logros de su gestión. En general la gente cuando cambia, cambia todo y yo no me manejé de esta forma. Yo siempre fui muy respetuosa con todo lo que ella generó y luego por consenso junto con las coordinadoras, con las jefas de residentes, fuimos como ampliando y modificando las cosas que había que hacer. Por ejemplo la actualización del programa, que lo estamos terminando antes de fin de año y va a estar publicado, que va a ser tal vez uno de los primeros que posee las competencias que debe adquirir un profesional con respecto a la residencia, en lugar de los contenidos por año.

Andrea: ¿Te referís a cómo debería ser el perfil del egresado de la residencia?

Exactamente. Pero en realidad nosotros no tenemos una profesión, una residencia por ejemplo: donde yo pueda decir que clínica psicopedagógica se puede hacer solamente en el tercer año. En realidad por diversas aproximaciones graduales y parciales se puede hacer en un primer año. Lo que a lo mejor, sí hay diferentes modos de participación en los espacios de las actividades, primero como observadora, luego co-coordinación y después coordinación. Entonces esta mirada psicopedagógica nos acompaña, y una mirada del aprendizaje más ligada al constructivismo está muy presente para mí también; entonces se da este trabajo como espiralado de construcción, de aproximaciones parciales y de graduación de secuenciación del proceso de aprendizaje. En donde este trabajo de inserción es parte de una inserción gradual inicial, en donde yo no puedo, quizás porque siempre fuimos una minoría diferente, yo sé de muchos profesionales que tienen que hacer guardias. No digo que no sea un lugar donde se aprenda, pero no sé si está pensado para aprender. Nosotras somos como más respetuosas de los tiempos pero puede parecer como que no entramos en tarea. Yo soy de la idea de que “La letra con sangre no necesariamente entra”; es otra la posición de pensar todo ese escenario como posibilitador o no, pensar en los

actores que intervienen para que se posibilite o no el aprendizaje. Si algo no funciona y se genera conflicto ver de qué manera lo vamos resolviendo. Luego generar que haya profesionales de planta de la misma especialidad a cargo de los equipos. Es parte de “lo sistematizado”, nosotros también tenemos que monitorear la capacidad formadora de las sedes. Tienen que tener formulados toda una serie de dispositivos que garanticen la capacitación. Esto no son mecanismos de control, son instrumentos de evaluación de cómo van desarrollándose las prácticas a través de las cuales se están formando a los profesionales que se incorporan al sistema, que es para formarse, para eso se incorporaron. Para poder desarrollar una capacitación de postgrado en servicio en el ámbito de la salud pública, en donde, no se va a tratar que por ejemplo cubran la demanda asistencial, reemplacen a los profesionales de planta o que “cubran los agujeros”, no es lo más académico que yo pudiera decir pero me sale eso hablando coloquialmente con ustedes. No es para esto que se forma un residente o un concurrente. La práctica asistencial que realicen, que se les ofrezca es para capacitarse a través de ella; no porque estoy contratando a un trabajador más en el sistema. No es lo mismo. Esto está muy fuerte. Yo creo que está muy presente en nuestra residencia. Se sostiene mucho en todas las sedes y lo sostengo yo como coordinadora general. Por eso están los instrumentos de evaluación en donde el residente no se evalúa solamente a sí mismo sino que también evalúa al coordinador de planta, al jefe de residente, a la capacitación que recibe, a su propio aprendizaje y también es evaluado en base a su desempeño en el área clínica, en el área comunitaria y en su actitud frente al aprender dentro del equipo. Lo actitudinal también está presente. Así como para insertarse uno; no se inserta cuando le dicen todas las reglas del ámbito hospitalario. Uno se inserta a través de un proceso. Que sostengamos sistemáticamente el trabajo de inserción, desde el inicio de las residencias, pero con mucha más fuerza desde que yo me incorporé, es un sello de la Residencia de Psicopedagogía. Hay varios sellos de la Residencia de Psicopedagogía.

Andrea: De acuerdo a las encuestas y entrevistas que realizamos pudimos detectar que ninguna otra residencia del Hospital tiene como objetivo a cumplir un trabajo de inserción.

Ni de investigación

Carla: Ni lectura de módulos

No. La modalidad de trabajo es muy particular. Es cierto también que tal vez lo podemos sostener porque no somos tantos. No es lo mismo la residencia de no sé, por ejemplo, Salud Mental. Se inscriben 1000 para dar el examen. Es encontrarle la ventaja al ser menos y además, esto es producto de Elina, de haber generado una residencia en red donde cada equipo tiene que empezar a darse cuenta de que no está solo. No puede cubrir la diversidad de enfoques, ni de dispositivos ni de aspectos necesarios para la formación y que requiere del otro, del otro servicio,

del otro profesional, del otro hospital, para complementarse y en reciprocidad construyan algo conjuntamente para que el que se enriquezca sea el que se está formando. Lo interesante de nuestras residencias por otro lado es que al estar ligadas a Áreas Programáticas nos permite cubrir un amplio abanico de opciones en la formación. La gente no sale especializada en un área. La formación es en general lo más amplia posible pero en líneas generales sale muy bien preparado para las diversas inserciones. Es algo muy interesante la inserción de la psicopedagoga; yo espero poder realizar una investigación de la inserción laboral de la psicopedagoga luego de la residencia. Ya digamos que está armada. Esto va a permitir monitorear y reevaluar el mismo programa.

Por lo general si ustedes se fijan hay diversas lógicas, diversos ámbitos de formación y capacitación en donde el aprendizaje está siempre presente al interior de la residencia. Están los Ateneos. Tenemos los módulos bibliográficos, por años, distintos ejes y variables de intervención allí. Por otro lado tengo todos los meses una reunión con todas las coordinadoras y jefas de residentes. Ahí sabemos lo que pasa en cada sede y además ellas aprenden a capacitar, la función es otra; tienen que aprender a coordinar y vemos las temáticas que surgen. Además yo considero que no estoy sola y no soy la única responsable de lo bien, o lo mal, que salen las cosas. Ese es el espacio de construcción colectiva conjunta. Las coordinadoras seguramente ya charlaron las cosas en el grupo. Tratamos de que por diversos modos pueda estar presente la voz del residente; sus intereses e inquietudes. A pesar de esto el residente no es formado en base a su deseo, hay un programa, una direccionalidad; pero con amplitud. Donde tenemos además pensado esto, la graduación de un sistema de capacitación. Hay momentos claves. Por ordenanza tiene que haber dos evaluaciones al año. Una a los seis meses y la otra al año, que es la sumativa y determina la promoción o no de los residentes. Peor además tenemos esto de los Ateneos, los módulos, el trabajo de inserción... como forma de poder incorporarse. Tenemos la modalidad de hacer un cierre de la residencia a través de una investigación, que viene funcionando bárbaro; están siendo publicadas en la página del GCBA. De alguna manera, esto surge a partir del reconocimiento de una práctica profesional desarrollada en los años anteriores, la cual me pongo a investigar en tercer año. Está bien pensado como espacios de apertura y cierre. Cero que contamos también con algunos ingredientes como muy a favor que tienen que ver con esto, de que es gente super apasionada, dedicada y comprometida con todo lo que hacen, desde las coordinadoras, las jefas y las residentes. Yo también disfruto mucho de la psicopedagogía, de la capacitación. Esto de seguir aprendiendo, más allá de instancias formales o no. Digo me voy a reunir, o voy a leer un trabajo y digo qué interesante. Disfruto mucho de esto.

Andrea: Una de las cosas que les pedimos en las encuestas y entrevistas a jefes de residentes y residentes es que cuenten alguna anécdota o relato que recuerden de su vida hospitalaria a través del cual hayan sentido que aprendieron algo, que den cuenta de algún aprendizaje significativo para ellos.

Silvia: Bueno... muchos momentos.

Carla: ¿Podrás comentarnos alguna en particular?

Bueno, voy a intentar contarles una anécdota o relato de cada lugar en el que estuve. Yo estaba en el Gutiérrez en la primera juegoteca que se armó en la Ciudad. Yo era estudiante de psicopedagogía; pero pude estar allí. Ahí yo recuerdo dos cosas; una fue en el servicio de Psicopatología; yo recuerdo que el equipo hablaba de Freud, con una naturalidad, no sé que decían...pero me gustaba y quería entender. Tenía muchas ganas de formar parte de eso... quería poder aprender y tener siempre referentes; porque me parece que también se trata de esto, de estos escenarios de los que yo hacía mención como facilitadores de aprendizaje, en donde uno tiene enseñantes que propicien, que promuevan el aprender.

Andrea: en relación los modelos o referentes. Nosotras incluimos una pregunta al respecto. En general los residentes no manifestaban tener claros modelos o referentes de aprendizaje.

Silvia: Yo tengo que reconocer que los tiempos cambiaron. Ya no tiene el valor que tenía antes el docente como tal. Volviendo al tema, en uno de los talleres que participé la propuesta era recordar aquellas escenas más tempranas de aprendizaje. Yo conté un aprendizaje que ocurrió con mi papá. Me pasó que yo tenía gran curiosidad de saber por qué salía el agua por la canilla. No lo podía entender. Mi papá agarró el auto, me llevó hasta el río, me mostró los tanques de Aguas Argentinas y recorrimos con el auto los caños hasta llegar a casa y a la canilla. Ahí quedó una impronta. Mi padre es absolutamente intuitivo, pero yo también rescato esto, el animarse, el ser intuitivo. Lo que uno intuye hay que tenerlo en cuenta, confiar...Pero, ojo, con criterio. A mí me pasó en el Gutiérrez una experiencia de la cual revaloricé lo intuitivo. Uno tiene que saber que se juega en cada decisión que toma, pero tiene que hacerlo con ética. También allí aprender fue casi el equivalente de lo que es la capacitación en servicio, porque la realidad, la práctica se articuló con la teoría. Yo siempre tuve una modalidad de articular lo teórico y lo práctico. Para mí van las dos cosas juntas. Yo creo que el constructivismo de Piaget me acompaña desde antes de saber de qué se trataba. Cuando era joven, estudiante, tenía otra soltura, de animarme más, de mandarme, de construir. De probar, de decir a esto hay que darle otras vueltas.

Esto me dio cierta soltura, de mandarme más de construir, de crear dispositivos, de probar, de crear, de fundar espacios. A mí la fundación de espacios siempre me acompañó; desde los inicios

del Área Programática. Yo participé también de la primera comisión de la Asociación de Psicopedagogía de la Ciudad de Buenos Aires. Me pasó de estar en la sala de juegos que yo les contaba, en el Gutiérrez, ahí iban muchos chicos internados de Salud Mental. Un día yo estaba jugando con uno de los chicos al supermercado y entonces en un momento yo veo que el nene se va para la ventana y no había rejas, en aquel entonces, veo que todas las chicas entran a correr para todos lados. Yo en la misma situación en la que estábamos jugando, me acerco y le digo: Señor, en este supermercado no se sale por la ventana, se sale por la puerta. Todos estaban viendo a quién llamaban, que hacían, a qué guardia llamar. El chico me contesta: ah!! ¡Claro! Y se baja de la ventana. Y ahí después casi me desmayo. Viene y me dice: ¿cuánto te debo? Yo quede así, como destruida. Pude aprender mucho en el hospital. Me parece que uno aprende mucho desde uno, desde los otros y desde los escenarios que posibilitan ese aprendizaje. También tengo muchas instancias de mi vida profesional atravesadas por el momento político del país. Me ha pasado. Esto que cuento me pasó cuando estaban pintando el techo de rojo por las Malvinas. Me ha pasado atender gente que tenía familia desaparecida, que era raro porque no aparecían por los hospitales y tener que convocar a otra supervisión, vino la gente de los Derechos Humanos. Lo importante es seguir con ganas de aprender, seguir aprendiendo. Es importante el poder construir un espacio para poder aprender, para seguir aprendiendo. Yo soy muy de construir con otro. Cuando yo vine para la dirCAP, al principio me costó mucho, a mí me faltaba digamos, me faltaba eso de lo grupal. Es importante interactuar con el otro. Por ejemplo un Ateneo, una supervisión. El espacio de la supervisión es muy importante. En otras residencias no podría asegurar esto de la supervisión, hay toda una lógica de la clase, de curso, de espacio más formal para la capacitación, de un vínculo mucho más asimétrico. No es que yo no reconozca la asimetría, creo que tiene que haber una relación asimétrica y poder aprender de ella; pero hay diversas modalidades. Me parece que no cualquier profesional por egresar de una carrera universitaria está habilitado para hacer docencia. Éste no deja de ser un espacio para hacer docencia, esto no deja de ser un espacio en donde se hace docencia, y de propiciar que la gente aprenda. Esto está relacionado con la pedagogía de la problematización. Trabajar en base a problemas, problematizar la práctica y en base a eso encontrarse con otros para seguir avanzando. No naturalizar ciertos procesos. Es un escenario en donde deben intervenir varios factores, uno tiene que ir viendo como va conjugando todas esas variables que están presentes. De hecho, yo a partir de evaluaciones he hecho modificaciones; en lo que es la residencia. Se han modificado muchas cosas. Bueno, lo que nosotros hacemos en esta capacitación en redes como conjugar esto de lo local, lo central, lo de cada sede, lo de la residencia, eso esta muy pensado por eso lo de la red, en este sentido. Hay una red por año en el caso de los módulos, una red por

cada tipo de capacitación, además somos parte de un sistema que también debiera funcionar como red, que es el Sistema de Salud. En psicopedagogía hay un programa general y en cada sede hay un proyecto de adaptación local, en donde cada sede determina qué se va a poder realizar allí y qué no. Lo que ocurre es que en esta red y en esta complementariedad entre ámbitos, en tanto no funcionen como islas, va a poder darse la mayor parte de toda esa formación. Por eso cada lugar tiene que tener esta adaptación local; también por sinceridad y respeto a quien se está incorporando; además porque tiene que haber un proyecto del lugar.

Andrea: Claro... para saber que se espera de uno.

Silvia: Justamente y para saber qué es lo que voy a hacer, qué se espera, incluso para conocer la modalidad de trabajo y el marco conceptual. Acá, inclusive, no hay un marco conceptual único, en todas las sedes. Se da libertad a las decisiones de los grupos de profesionales siempre y cuando no se salga de los cánones de lo científico, ni de lo esperado, siempre y cuando tenga criterio para elaborar las problemáticas vigentes. De esto se trata, siempre y cuando permita que se aborde y se puedan construir adecuadas identidades profesionales en el campo de la psicopedagogía, no que apuntemos otra cosa. Que se ayude, que se formen psicopedagogas, que se formen profesionales en el ámbito de la psicopedagogía, más allá de orientaciones diversas. Éste tiene que ser el eje, que se reconozca el objeto de estudio que a uno lo convoca y a partir de allí, hay diversas modalidades de abordaje. Creo que esto está presente en los distintos ámbitos. Cuando yo pienso las evaluaciones las pienso también como parte de un proceso de aprendizaje o de enseñanza y aprendizaje. Cuando yo me reúno a pensar en los ateneos o en las presentaciones de los trabajos de inserción; bueno, yo ahí también estoy aprendiendo a presentar un trabajo, utilizar la tecnología. Donde forma y contenido están de la mano.

Andrea: ¿En relación a teorías de aprendizaje, bueno vos hablaste de tu formación constructivista. ¿Qué teoría o marco teórico sustenta el sistema de las residencias como un sistema de capacitación en servicio?

Mirá el constructivismo está muy presente. También hay algo de lo sistémico, de la capacitación en red. Luego hay mucho de las teorías organizacionales, la comunicación, de la educación en el ámbito empresarial, en el ámbito adulto. No dejo de reconocer que hay una teoría más conductista, más empirista en algunos ámbitos; pero no es lo que yo más sustento. Pero tampoco sé si hay una única línea. En los últimos tiempos el punto es pensar en base a proyectos, en base a problemas. A partir de los problemas es que uno va viendo que es lo que mejor le viene a esto. En otra época, vos planteabas esto y te decían: ¡sos un ecléctico! De forma peyorativa. No hay una única forma de pensar. Todo esto tiene que ver con el área de recursos humanos y de capacitación. Esta es una línea de trabajo que yo sostengo, pero tengo claro que lo que yo

sostengo no es obligatoriamente lo que tienen que sostener los demás. Yo no impongo nada, la puedo plasmar a efectos de pensar en lo que a mí me compete que no es por ejemplo la clínica sino la capacitación de aquellos que están haciendo clínica. Ahí sí es donde yo tengo que pensar que eso sirva a efectos de la lógica de un programa, de la capacitación. Es como si uno dijera... este campo abarca todo esto y a lo largo de la residencia uno tiene que ir pasando por distintos dispositivos y aprender de cada uno de ellos. No hay un orden pre establecido, es muy probable que por ejemplo primero sea tratamiento individual y luego grupal, pero porque se juegan otras variables allí. No es que no se pueda aprender o darse al revés en algún caso pero... por ejemplo difícilmente uno ingrese por admisiones, admisiones es una de las cosas más difíciles, yo no intento que se incorporen en un principio allí y si lo hacen es como observadoras. Es una tarea difícil.

Carla: Al igual que el espacio de consultoría en el screening, que estuvimos observando.

Sí. Es una actividad de mucha exposición, quizás por eso. Aparte son situaciones a resolver en el momento. Uno tiene que aprender, en ese sentido Mario Róvere trabaja con este tema de qué se espera de los profesionales hoy. Hoy se requiere de los profesionales determinadas competencias, se requiere poder intervenir operativamente, tomar decisiones con rapidez, no alocadas o a las apuradas, pero poder intervenir y decidir. No hace falta ya ser cirujano, pero hace falta poder operar, poder resolver. Yo a veces digo bueno, nosotras no tenemos serios problemas, pero un médico no aprendió esto y se le murió el paciente! Nosotras también tendríamos que poder operar de esta manera ante lo imprevisto, ante aquello que irrumpe. A lo largo de mi vida me han ocurrido situaciones y uno nunca siente que está preparado para esto, que la facultad lo preparó. Uno siente que no tiene las herramientas, algo de esto comenté en la charla de ingreso a los residentes. A nosotras nos beneficia mucho el hecho de que nos dedicamos para poder pensar en esto, trabajar en equipo, poder decidir, tener autonomía, poder revisar los aprendizajes, sus logros, sus obstáculos, todas estas cosas y poder trabajar con lo inesperado, con lo que irrumpe, con lo sorpresivo. Por eso traía lo de la jornada, cuando comenté de una universidad de México en la cual los alumnos decían que no estaban preparados. Esto es casi universal.

Carla: Nosotras nos sentimos siempre desde el principio muy contenidas por todo el equipo y creemos que esto es propio de nuestra residencia...

Silvia: Esto está muy cuestionado por el resto de los profesionales. Lo cuestionan mucho por el tema de cómo si no hubiera un voto de confianza a ustedes y esto de ninguna manera es así. Como si uno las arrojara o las acompañara como por demás. Aparece algo con respecto a ¿tienen que salir y foguearse! Yo creo que igual lo hacen, igual sostienen la tarea, es como cuando

Manoni plantea lo del psicoanalista como “*presencia humana que escucha*” yo creo que son tipos de trabajo para la persona. Yo hablo de recurso humano, no mano de obra que tengo. Es gente.

Nosotras jamás usamos las nomenclaturas de R1, R2; es la residente de tal o cual lugar, tienen un nombre y apellido que las identifica. Pero bueno, éste es un universo mucho más pequeño donde esto es posible, en otros no.

Andrea: en otros lugares, me refiero a otras residencias se trabaja más desde la soledad. Y les pasan cosas muy fuertes....

Silvia: A ver, la gente de otras especialidades... En la vorágine del trabajo no está acostumbrada a convertir el trabajo en un lugar de aprendizaje y de enseñanza, esto es lo que sucede. Nosotras tenemos secuenciadas las prácticas como espacios de enseñanza y aprendizaje. El eje es éste. Es un escenario proclive para aprender o no; y ahí vemos qué cosas podemos modificar. Hay que aprender, no siempre todo va a salir bien, también hay que aprender del error. De lo que evalúas, de lo que no funcionó. No hay que perder la posibilidad de sentarse y decir: “a ver, porqué no funcionó”. Todas las actividades que nosotras planteamos tienen que tener un espacio de planificación, ejecución y evaluación y esto está muy relacionado con los ejes de las áreas programáticas. Ésta es la lógica de la capacitación. En ese sentido, si hay un equipo funcionando con esta lógica, como pasa generalmente en las áreas programáticas, uno ya está incluyendo el pensar, reflexionar, proyectar y luego evaluar lo que sucedió. Entonces no es una máquina de hacer, como una fábrica, como una empresa. Acá se requiere de ciertos tiempos veloces en algunos casos, pero también de parar y ponerse a pensar y mediar allí con el pensamiento para poder aprender. En esto no está solo el residente, también está la gente de planta que debiera poder funcionar de esta manera...

Andrea y Carla: Muchas gracias por todo!

Entrevista a Jefa de Residencia de Psicopedagogía

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Datos personales

Profesión: Licenciada en Psicopedagogía

Servicio al que pertenece: Área Programática

Cargo: 1. Jefe (X) 2. Instructor ()

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 30

Año de egreso: 2001

Institución (de la que egresó): Universidad Argentina J.F. Kennedy

Capacitación y aprendizaje.

¿Cuáles son las actividades que realizás en el hospital?

Actualmente, como jefa de residentes, me corresponden funciones de organización, planificación, acompañamiento y evaluación del proceso de capacitación de cada residente, en forma conjunta con la Coordinadora del equipo. Si bien aún realizo alguna actividad, la idea es posibilitar la práctica de las residentes, adecuada al año y a lo esperable de ellas según su momento de formación. A la vez, estar atentas a los intereses propios del equipo y a las necesidades que emergen de nuestro lugar de trabajo, creando oportunidades de satisfacción de las mismas. La Jefatura implica el aprendizaje de una nueva función y posicionarse desde un rol diferente, el cual implica competencias de negociación, acuerdos, conciliaciones a realizarse con múltiples agentes y sectores. Es arduo pero muy gratificante cuando contás con un equipo de gente motivada para aprender, que disfruta con lo que hace, tiene buena onda y es muy profesional.

¿Conocés y/o tenés acceso al programa de tu residencia (con objetivos y contenidos)?

Si, hay un programa general que se está actualizando y después existe la adaptación local que se realiza en cada sede de inserción de la residencia. Los contenidos y objetivos están organizados de modo creciente en complejidad, esperándose para cada año determinados aprendizajes y competencias.

¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia?

1. Si (X) 2. No ()

¿Cuáles?

Supervisiones (X)

Ateneos (X)

Planificación de tareas (X)

Evaluación de tareas (X)

Rotaciones internas (X)

Rotaciones externas (X)

Producción de trabajos escritos (X)
Reuniones interdisciplinarias (X)
Reuniones de equipo (X)
Reuniones bibliográficas (X)
Lectura de módulos (X)
Cursos teóricos (X)
Exámenes ()
Actividades de investigación (X)
Encuentros interresidencia (X)
Encuentros intra hospitalarios de capacitación (X)

¿En general como calificarías la formación que se te brindó en el hospital?

1. Excelente () 2. Muy buena (X) 3. Buena () 4. Regular () 5. Mala ()

¿Por qué?

Considero que es muy amplia, hay posibilidades de participar en actividades asistenciales, preventivo promocionales comunitarias, contamos con supervisores de distintas posiciones teóricas que nos acompañan en nuestra práctica, contamos con experiencias interdisciplinarias, y hay lugar para la reflexión conjunta y posibilidad de proponer proyectos que enriquezcan la formación práctica y teórica. Un aspecto tal vez a optimizar es organizar más cursos internos a partir de intereses del equipo y de necesidades que nos impone el acontecer diario. Pero a veces las cuestiones institucionales, los tiempos y espacios retrasan la ejecución de los mismos. Optimizar también cuestiones de sistematización y registro de las prácticas realizadas, a fin de capitalizar aprendizajes e historizar la labor. Suele ser más difícil cuando se trata de actividades interdisciplinarias que requieren mayor compromiso por parte de todos los intervinientes.

¿Cuáles son a tu criterio las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

Creo que muchas más fortalezas, entre las cuales puedo nombrar la organización y planificación del programa en sí, especificando claramente contenidos y objetivos esperados de cada residente, el acompañamiento permanente de coordinadora, jefa de residentes y equipo en general, encontrando siempre referentes en la práctica, pares con los cuales pensar y reflexionar, profesionales de otras disciplinas con los cuales intercambiar, residentes de otras sedes y disciplinas...y sobre todo vivenciar y apropiarse realmente de aprendizajes significativos.

También el poder expresar intereses y que sean tomados para organizar propuestas de capacitación y práctica.

En relación a las debilidades es difícil pensarlo, tal vez algo que excede a nuestra residencia misma, que es encontrar espacios y tiempos para muchas de las tareas de planificación y evaluación interdisciplinarias o intersectoriales...

Si pudieras modificar algo, ¿Qué cambiarías y optimizarías?

Seguiría intentando mayor intercambio con otras residencias del hospital, también me gustaría poder contar con mayor cantidad de cursos brindados en el mismo hospital.

¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

De lo que yo conozco en un 100%.

¿La mayoría de las veces a cargo de quién estuvo tu capacitación?

1. Compañeros (x) 2. Jefes de residentes (x) 3. Profesional de planta (x)
4. Profesional externo (x) 5. Instructores () 6. Otros: _____

¿A quién/ quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

Jefe de residentes (x)

Compañeros (x)

Jefe de servicio ()

Directivos de la institución ()

Dirección de Capacitación (x) Coordinadora General de nuestra residencia

Subcomité de residentes ()

Asociación de profesionales/sindicatos ()

Coordinador de programa (x) (Betina)

Profesional de planta ()

Profesional externo (x) Supervisores, invitados.

Instructores ()

Nadie ()

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

No tenía mucho conocimiento del sistema, pero me parecía muy atractiva y novedosa la propuesta de formación en salud, por un lado, por otro el hecho de que sea “en servicio” y por último que además sea pago. Realmente superó por demás mis expectativas, por el profesionalismo con que está organizado y llevado a cabo, por sentirme al egresar con innumerables herramientas y conocimientos diversos para insertarme en distintos ámbitos psicopedagógicos, y por brindar una formación integral que abarca competencias diversas (desde trabajo en equipo, habilidades de comunicación, conocimientos disciplinares, procedimientos específicos, etc. No creo haberme quedado con objetivos sin cumplir. Depende mucho también, sabiendo que son tres años, de la motivación de cada uno y de la disposición a sacar provecho de cada oportunidad de aprendizaje.

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente?

Se me ocurren millones, pero seleccionando uno, se me aparece la imagen de mi Jefa de residentes cuando tomé mi primer paciente, la cual cada vez que terminaba la sesión, se reunía conmigo a hacer “un acompañamiento del tratamiento” Consistía en compartir mis intervenciones, en pensar juntas sobre el caso, en proponer nuevas intervenciones, etc. Lo considero muy rico, ya que a pesar de existir la instancia formal de supervisión, este encuentro reflejaba el sostén permanente que uno encuentra en aquellos compañeros con mayor experiencia, habiendo además de conocimientos, creación de vínculos que finalmente son los que hacen tan enriquecedora la tarea de aprender.

¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

Cabe aclarar que hay evaluación permanente de las tareas, como así también del proceso de aprendizaje de cada residente. No se evalúa a través de exámenes tradicionales, sino que el encuentro de evaluación apunta a conocimientos, procedimientos y actitudes que ha ido desarrollando a lo largo de su formación, e incluye la autoevaluación y la evaluación del residente de la capacidad formadora de la sede. Se realiza cada seis meses, encontrándose el residente con su Jefe de Residentes y su Coordinadora local de Programa.

¿Qué aprendizajes te brindó / brinda el hospital más allá de tu formación como profesional?

El programa de formación de nuestra residencia es integral, abarcando de por sí numerosas competencias, pero podría nombrar como muy significativo el trabajo en equipo, cuestión que suelen extrañar la mayoría de las que egresan. Por otra parte, el entrenamiento que uno llega a tener en cuanto a relaciones con distintos sectores, distintos profesionales, distintas disciplinas, etc. Podría pensar también en la capacidad de adaptación continua a cambios y novedades que acarrea el trabajar en un área programática (interdisciplinaria), desempeñándome por ejemplo en una campaña de vacunación, cuestión que me hubiera resultado impensada años atrás.

¿Qué entendés por aprendizaje?

Considero que es un proceso complejo, por todas las áreas que involucra en forma interrelacionada, desde el mismo ser humano hasta el contexto cercano y el más general. Lo considero continuo, en permanente construcción, desconstrucción y reconstrucción. También personal y único, adquiriendo distintas significaciones para cada persona, tal vez el aparente mismo objeto. Por otra parte lo considero un proceso que debería generar placer y un modo más satisfactorio de estar en el mundo.

¿Quisieras agregar algún comentario?

Creo que quedó plasmado lo que pienso de nuestro sistema de formación y de nuestro objeto disciplinar: el aprendizaje.

Gracias por todo.

Entrevista a Jefa de Residentes de Farmacia

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Datos personales

Profesión: Farmacéutica

Servicio al que pertenece: Farmacia

Cargo: Jefe () 2. Instructor (X)

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 33

Año de egreso: 2001

Institución (de la que egresó): UBA

Capacitación y aprendizaje.

Entre acá para aprender, para tener más experiencia. Pero fundamentalmente para aprender, ese es el objetivo.

¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?

En el equipo somos dos solamente.

¿Por qué pensás que son solamente dos?

Porque el ser farmacéutica tenés muchos lugares de inserción. Tenés la industria, las droguerías, algo más medicinal y la residencia. Yo calculo que es porque en otros lugares tenés más posibilidad de perdurar en el tiempo. Acá son tres años y te vas.

Por otro lado la residencia de farmacia no tiene difusión. En la facultad yo por ejemplo me enteré porque había un poster en un pasillo, pero fue casualidad. No hay charlas ni nada para que te enteres de los requisitos y los beneficios.

¿Cuántos dieron el examen?

En mi año éramos 25. Hay 12 cargos.

¿Qué conocés al respecto de cómo se originó la residencia de tu especialidad en este hospital?

Nada. No sé. Sé que es una residencia relativamente joven, no sé si tendrá 10 años.

¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en el hospital? ¿Cuáles son específicamente las tuyas?

La instructora tiene el rol de coordinar un poco la tarea pero ahora como somos dos, yo sigo realizando las mismas tareas que antes; atiendo la ventanilla (a los pacientes con HIV), voy a la sala tomo indicaciones y preparo la medicación, nos encargamos un poco del depósito de descartables (distribuimos eso), hacemos ateneos entre nosotros

¿Qué sería, la gente del área o con otros profesionales también?

No. Los de farmacia. Somos residentes y gente de planta. Todos farmacéuticos. Como para actualizarse y acordarse también un poco. Es todo muy chiquito, lo hacemos entre nosotras solas, buscamos por Internet o leemos algo. A ese nivel llegamos.

¿No tienen encuentros con la gente de esta especialidad pero de otros hospitales?

No, No. En un momento había. Pero igual estamos comunicados porque nosotros dependemos del jefe de la facultad, vamos a la facultad a hacer cursos y ahí nos encontramos. Este año ya no, porque soy instructora.

Hay un coordinador. Cada tanto nos juntamos y charlamos de la residencia. Hay va la gente que tienen problemas o propone algo nuevo para hacer o comenta los cursos que a veces son buenos y otras no, en ese caso se trata de cambiar.

¿Dónde reside este coordinador?

Este coordinador está en la facultad. No depende de Capacitación. Se encarga de las tareas académicas de la facultad.

¿No están en relación con Capacitación?

No en relación no. Quizás ellos tengan conocimiento de que existe y todo pero no recibe órdenes de ellos ni nada. Pero estamos comunicados y eso es bueno.

¿Cuántas personas trabajan en este sector?

Un montón: uno de guardia, uno de planta, la jefa, la jefa de droguería, la jefa de esterilización. Somos siete. El de guardia cambia. Las fijas somos nosotras y las jefas.

¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos)?

Si, si. Existe. Están los derechos y que se yo...

¿Y específico para esta sede?

No, no.

Nosotros tenemos uno particular para el equipo de psicopedagogía del hospital Vélez

No, no. Acá no. Pero el otro si (Se refiere al programa general)

¿Los residentes tienen acceso a él? ¿Cuáles son los lineamientos principales?

.Está en Internet. Aparte hay uno acá en una carpeta. Está por acá. Una compañera que está trabajando afuera lo imprimió para mostrar lo que se hace acá.

¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia?

Si

¿Cuáles?

Supervisiones (X)

Acá soy yo la que supervisaría, y en parte por ese coordinador general

Ateneos (X)

Planificación de tareas (X)

Evaluación de tareas (X)

Sí, semestralmente viene la gente de capacitación y nos da una hoja para completar.

Rotaciones internas (X)

Rotaciones externas (X)

Si, Yo roté por Favoloro, Garraham

Producción de trabajos escritos (X)

Sí. Lo presentamos en un congreso de farmacia hace unos años en Córdoba

Reuniones interdisciplinarias ()

Reuniones de equipo (X)

Reuniones bibliográficas (X)

Leemos algo entre nosotras

Lectura de módulos (X)

Cursos teóricos (X)

Exámenes (X)

Actividades de investigación (X)

No formalmente.

Encuentros interresidencia (X)

Encuentros intra hospitalarios de capacitación (X)

¿En general como calificarías la formación que se brinda en el hospital?

1. Excelente () 2. Muy buena (X) 3. Buena () 4. Regular () 5. Mala ()

¿Por qué?

Creo que es una buena experiencia, acá lo que tiene es que como el hospital es chico, uno tiene buena relación con el resto de los residentes entonces es ahí donde puedes tener más tiempo, preguntar y formarte. Eso es lo que a mí me interesa. En otros lugares al ser tan grandes es como que nadie se da bolilla con nadie.

¿Lo chiquito, sentís que favorece?

Sí. Yo trabajé en otros lugares y es diferente. Acá todos saben que sos de farmacia, es diferente. Nos sirve a todos.

¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

La debilidad es que vos salís de acá y no te inserta, directamente, la residencia. Después cuesta mucho. El Gobierno no dice: "bueno está chica que hizo la Residencia, va a ese primordial para entrar al hospital".

Pero eso les pasa a todos

Si. A todo el mundo, pero eso tendría que cambiar, se supone que uno ya tiene más años de experiencia. Esa es la mayor debilidad que yo veo. La fortaleza es la experiencia; es fundamental.

Si pudieras modificar algo: ¿Qué cambiarías y que optimizarías?

No sé, optimizar no sé. No modificaría nada; lo que pasa es que en nuestro caso es muy particular: somos dos. Si hay más gente se pueden hacer más cosas. Más tareas académicas, distribuir de otra manera los trabajos.

¿Si hubiera más gente vos sentís que se podría hacer más?

Si. Más opiniones, ideas, más trabajo en equipo. Somos muy pocas

¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

90 %, 95%

¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

1. **Compañeros** (x) 2. **Jefes de residentes** (x) 3. **Profesional de planta** ()
4. **Profesional externo** (x) 5. **Instructores** () 6. **Otros:** Pero de todos; uno aprende de todos

¿A quién/ quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

Jefe de residentes (x)

Compañeros (x)

Jefe de servicio ()

Directivos de la institución ()

Dirección de Capacitación (x)

Coordinadora General de nuestra residencia

Subcomité de residentes ()

Asociación de profesionales/sindicatos ()

Coordinador de programa (x) a veces dio algunos cursos

Profesional de planta ()

Profesional externo (x)

Los profesionales externos también...yo hice un curso en el cual que trajeron a un infectólogo del Garrahan.

Instructores ()

Nadie ()

Otros:

¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

Hacemos anualmente una evaluación escrita choice que queda acá en el servicio y semestralmente que es la que realiza el CODEI. Nos da unas planillas que completamos. Eso se cumple todos los años, siempre.

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

El objetivo es el aprendizaje y relacionarse por sobre todo con otras especialidades. Eso se cumplió. Los que no quizá cosas que me gustaría hacer que en este hospital no se hacen, son áreas que acá no están. Pero así y todo estoy conforme.

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe / instructor?

No. No se, no se me ocurre

Algo, algo que te acuerdes?

No, no.

¿Qué aprendizajes te brindó / brinda el hospital más allá de tu formación como profesional?

No sé. Que se yo. Seguridad me da. No sé si un aprendizaje más allá. Me da seguridad y relación con otros profesionales. Eso me brinda, el poder vincularte

¿Qué entendés por aprendizaje?

Todo lo nuevo que se te presente en parte. Lo que puedas incorporar. El criterio, fundamentalmente el criterio. Te crea un criterio para que el día de mañana vos puedas desenvolverte sola ante una situación nueva. Eso creo. Te crea una seguridad personal

¿Quisieras agregar algún comentario?

No, no.

Gracias por todo.

Entrevista a Jefa de Residentes de Toco - Ginecología

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Datos personales

Profesión Médica Toco – ginecóloga.

Servicio al que pertenece Obstetricia

Cargo: 1. Jefe (X) 2. Instructor ()

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 33

Año de egreso: 2001

Institución (de la que egresó): UBA

Capacitación y aprendizaje.

¿Por qué elegiste entrar a la residencia de tu especialidad?

Por razones obvias. A nivel curricular, la formación del residente. Como vos podés cobrar un sueldo tenés dedicación exclusiva. Es diferente el concurrente que no, tiene que salir a trabajar. El residente es dedicación exclusiva, se forma durante esos cuatro años.

¿Ustedes tienen otra posibilidad en otros lugares para formarse?

Sí, la concurrencia

¿Pero en otros lugares?

Y no, a no ser que vayas a un servicio pero no. La forma es residencia o concurrencia

¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?

En este momento rotantes no hay. Siempre hay alumnos, chicos del internado rotatorio que vienen por dos meses. Somos: de 1º no hay, entra un residente y un concurrente la próxima semana por la readjudicación. Los dos que entraron se fueron. Eso siempre pasa, se reacomoda todo. Yo tuve una reunión la semana pasada y se fueron los residentes de muchos hospitales

¿Por qué causa?

No sé. O sea, si vos pensás en este hospital que es de baja complejidad siempre pasa eso, pero paso en el Fernández que es de primera elección de fueron los tres residentes, del Durand, Argerich.

Bueno ahora tenemos: de 2º dos, una residente y una concurrente; de 3º una residente; en 4º una residente y dos concurrentes, yo como jefa en obstetricia. En ginecología un instructor.

¿Que conocés al respecto de cómo se originó la residencia de tu especialidad en este hospital?

Acá la residencia es muy joven. Tiene pocos años, creo que cumple 10 años. En un primer momento era solo concurrencia pero como no se

¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en el hospital?

Con respecto a la atención de paciente, atención en consultorio, seguimos embarazos sanos o patológicos. Los residentes tenemos una vez por semana consultorio de residentes que siempre está a cargo del jefe de residentes. La actividad de todos los días es llegar, ver a todas las pacientes internadas, implica revisarlos, hacer indicaciones, pedir estudios, hacer la historia clínica. Después tenemos las cesáreas programadas los lunes, miércoles y viernes.

¿Ustedes operan?

Sí, sí. Lo que pasa es que por ahí tenés una cesárea programada, entonces entra el residente de tercero pero cuando sale tiene que completar todo lo de la sala. Las pacientes tienen que estar revisadas, todo, todo. Al mediodía retiramos los estudios que se pidieron, volcarlos a la historia clínica. Al mediodía hay un pase de sala, los residentes solos, que en realidad es académico porque se discute de los pacientes. A la tarde algunos días tenemos alguna actividad académica. También tenemos la actividad de guardia

¿Cuántas guardias hacen?

Depende el año. 1º de 8 a 10 por mes; 2º tiene 6; 3º y 4º 4. eso los residentes. Vienen de lunes a viernes de 8 a 5. Lo que pasa es que el residente de los primeros años cubre las guardias de fin de semana.

¿Si es en la semana después que pasa al otro día?

Sigue con la actividad. Las guardias son de 24 horas. Es muy sacrificado sobre todo los primeros años. Con respecto a esta Residencia algunos nos cargan y nos dicen que es una beca, es muy tranquila. Vos vas a otros hospitales de la municipalidad y en los privados ni que hablar, se quedan hasta las 3 de la mañana. A veces los chicos se quedan a dormir ahí, porque ni les conviene ir a sus casas. El otro día hablé con el jefe de residentes de un lugar y me dijo...yo los tengo de guardia día por medio, no me queda otra me dice. Acá no. Es según en cada hospital. Acá hacen 8 guardias y en otros hospitales 16. No es lo mismo, estamos hablando del doble de guardias. Un residente en uno hace 2 por semana y en otro día por medio. Te dicen acá se quedan hasta las ocho. Pero... ¿haciendo que? Al divino botón, no siempre es así; pero si no das abasto que necesitas más gente. Que necesidad! Yo creo que eso atenta a tu desempeño como médico. Sos un peligro para el paciente y para vos mismo porque cuando vos estás laburando sin parar y tenés que operar y no te da más ni el cuerpo ni el alma. Ahí es donde te pinchas, te mandas cagadas. Eso tendría que ser distinto.

¿Dentro de todo están mejor que en otros hospitales?

Y sí. Lo que pasa es que no es la idea, vos bajo esa presión no te puedes formar. Si no comes ni descansas. Aparte tampoco es lo que dice el reglamento. Se supone que tienen que pasar más de 48 horas entre guardia, además se supone que después de una guardia está el descanso post-guardia. Lo que pasa es que es imposible porque para formarse, sobre todo en especialidades quirúrgicas como está; si vos haces una guardia y después al otro día te toca operar, aprender a operar, si te vas te perdes de todo. Por más que te den a elegir no lo aceptas, son cuatro años que pasan muy rápido.

¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos)?

Sí.

¿Y específico para la sede?

No estoy al tanto. Si lo hay nunca lo supe. No sé

¿Los residentes tienen acceso a él?

Si. Está en internet.

¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia?

Si. Hay cosas que no son formales. Nosotras nos quedamos leyendo.

¿Cuáles?

Supervisiones (X)

Ateneos (X)

Planificación de tareas (X)

No formalmente, pero planificas clases, guardias.

Evaluación de tareas (X)

Rotaciones internas (X)

Si. Acá se puede rotar por cirugía general. Aparte rotas por PAP, colpo.

Rotaciones externas (X)

Producción de trabajos escritos (X)

Reuniones interdisciplinarias (X)

No, se hacía un tiempo, a veces presentaba clínica médica pero se corto

Reuniones de equipo (X)

Reuniones bibliográficas (X)

Si, entre nosotras leemos algo

Lectura de módulos ()

Cursos teóricos (X)

Si, dentro y fuera del hospital. Esos son los de las sociedades. No es obligatorio ni depende de la residencia

Exámenes (X)

Dos veces por año, del CODEI. Completas puntualidad y eso y después un examen teórico.

Actividades de investigación ()

Poco, nada formal, no se si existe eso

Encuentros interresidencia ()

Encuentros intra hospitalarios de capacitación ()

¿En general como calificarías la formación que se brinda en el hospital? ¿Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala?

Buena

¿Por qué?

Por lo que me puede dar el hospital. Por la complejidad del hospital, siendo éste un hospital de baja complejidad. En obstetricia estamos muy bien formados a pesar de todo. Somos el único hospital de toda la municipalidad que tiene solamente un residente por año, todo lo que llega es de nosotros. Un domingo de guardia, el de 1º, como está solo; están las parteras y eso pero estás solo; si hay 5 partos en el día los hacés vos. Si te comparás con un residente de la Sardá, acá tenemos más experiencia.

Bueno, la próxima pregunta tiene relación con esto... ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

Esto. Por ejemplo en ginecología no tenemos mucha complejidad, no operamos mucho; pero en obstetricia estamos muy por encima del resto.

Si pudieras modificar algo: ¿Qué cambiarías y que optimizarías?

Me parecería interesante poder hacer cosas de más complejidad. Lo que pasa es que la gente de planta se tiene que capacitar en eso. Acá por ejemplo hay operaciones que no se hacen porque nadie sabe hacerlas, además de faltar algunos recursos técnicos.

¿Qué modificarías?

Las guardias, no pueden ser de 24. Si son de ese tiempo vos tenés que tener la cantidad suficiente de personas como para que uno descanse aunque sea un par de horas. Que hagan turnos. Sino tendrían que ser de 12 horas. Nadie puede aprender bajo esa presión. Hay gente que te dice: “vos sos joven! Pasa en todas las residencias de toco – gineco y de todas las especialidades, es que el sistema de las residencias se deformó. Todo al residente; antes cuando no existía el residente, los médicos de guardia o planta tenían que hacer todo ellos. Llego el residente y todo lo haces vos. Si un domingo no hay un residente que se enferma... no pueden hacer una guardia sin un residente! (yo me estoy hundiendo te digo)

Te entiendo.

Tenés que hacer todo. Estás muy solo! Hay que modificarlo. Vos no sabes la soledad que tenés, sobre todo el fin de semana. Muy pocas veces puede haber aunque sea dos residentes juntos en una guardia. Esto es en todas las residencias hasta en las que hay 5 residentes por año. En la semana estuvimos reunidos. A todos nos pasa lo mismo, se quejan de eso. Cambiaría también que los médicos participen más. Que haya más actividad académica pero no tan autodidacta. Tenemos a favor que nos dejan hacer cursos aunque nos tenemos que ir un poco más temprano o ir un día a otro servicio. Eso nos dejan hacerlo acá. En otros hospitales no los dejan a los chicos. Pero lo que no te dejan es rotar por otros lados. Hay muchos problemas con eso.

¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

Todos. Los concurrentes se van muchas veces porque entraron en la residencia.

¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

1. **Compañeros** (x)
2. **Jefes de residentes** (x)
3. **Profesional de planta** ()
4. **Profesional externo** ()
5. **Instructores** ()

Los residentes se forman desde el residente superior. Cuando están de guardia se tienen que formar con las parteras. El tema del parto lo aprendés de las parteras y del obstetra.

¿A quién/ quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

Jefe de residentes (x)

La que fue mi jefa de residentes de 1º año y con los médicos de guardia de los primeros años. Ahí aprendés mucho.

Compañeros (x)

Jefe de servicio ()

Directivos de la institución ()

Dirección de Capacitación ()

Subcomité de residentes ()

Asociación de profesionales/sindicatos ()

Coordinador de programa ()

Profesional de planta ()

Profesional externo ()

Instructores ()
Nadie ()

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

Ay... qué pregunta! Con mucho miedo, decís cuando voy a poder estar a cargo de algún paciente. En segundo te pasa que llegan y te dicen usted hizo nacer a mi primer hijo. Es muy vertiginoso. Tenés expectativas de formarte, creés que vas a aprender todo y no es así. Lo que no se cumple es eso, esta especialidad es muy grande, no podés aprender todo. Terminar la residencia es un paso más cumplido; después tenés que seguir aprendiendo

¿Sentís que te sirvió la residencia?

Por supuesto. Yo puedo hacer consultorio. Acá los concurrentes desde 2º año atienden en consultorio. Estamos capacitados.

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe?

De los errores cuando te mandaste alguna. A mi me pasó en 1º, que le pedí a una mamá en la primera consulta la ecografía. Viene otra vez a las cuatro semanas, la panza estaba enorme! Creíamos que era un embarazo molar (patológico)... Era un embarazo gemelar y yo me lo comí. Abajo no leí, no revisé bien la ecografía. De eso no te olvidas más. Ahora reviso la ecografía por todos lados.

¿Qué aprendizajes te brindó / brinda el hospital más allá de tu formación como profesional?

A nivel humano, te das cuenta que hay gente maravillosa pero es un ambiente muy difícil, somos muchos. Depende de tu personalidad, yo nunca tuve problemas, hay cosas que están mal pero bueno. Otra cosa que aprendí es que vos tenés que aprender que sos residente, el residente es “el pichi”; hay cosas que son injustas pero te la tenés que bancar. El derecho de piso, a veces muy injusto. Vos tenés que aprender a manejarte con eso. Hay diferentes tipos de personas. Tenés el residente que te dice “yo soy médico” y trata mal a los enfermeros, la Jerarquía es así. Tenés el enfermero que dá órdenes y tenés que ser humilde. Vos entrás y te enseña la partera pero a los 4 años vos sos el obstetra y ellas son tus parteras de guardia y eso es muy difícil de manejar si te ponés a pensarlo. Vos sos el jefe de la gente que te enseñó y hace 30 años que está en el hospital; a muchos eso se les sube a la cabeza, a otros no. Lo que pasa es que son carreras auxiliares. Ellos son auxiliares

¿Son universitarios?

Sí, sí.

¿Qué entendés por aprendizaje?

Formarte pero en todo sentido, fundamental como ser humano y en lo teórico, en lo práctico. Poder aprender a manejarte vos solo. Terminás y ya está, no hay nadie arriba tuyo. Igual el mayor aprendizaje a mi me lo dio haber sido madre estando en la residencia, yo ahora veo las cosas de otra manera. Soy otra. Cuando volví dije: “yo tengo que empezar la residencia de nuevo, no se como explicártelo, cambio todo”. Pude ver cosas de las pacientes que antes no veía. No todo te lo da el estar acá la profesión, leer los libros; hay cosas que se te escapan, que no está en un libro ni en ningún lado. Vos ves una puérpera y sabés como tienen que estar las mamás y su cuerpo pero ahora yo puedo ver otras cosas o preguntarle otras y eso es por ser madre.

¿Quisieras agregar algún comentario?
No, da para tanto pero no.

Gracias por todo.

Entrevista a Instructora de Residentes de Fonoaudiología

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Datos personales

Profesión Lic. en Fonoaudiología

Servicio al que pertenece: Área Programática y Otorrinolaringología (ORL)

Cargo: Jefe () 2...Instructor (X)

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 28

Año de egreso: 2000

Institución de la que egresó: UBA

Capacitación y aprendizaje.

¿Por qué elegiste entrar en la Residencia de tu especialidad?

Quería aprender muchísimo más en la práctica con la población del hospital, de la manera en que está organizada la Residencia, con actividades de asistencia supervisada, con trabajos de docencia, con clases, con Ateneos. Cuando empecé a estudiar fui a hablar con una persona al Hospital de Clínicas que era concurrente y esa vez ya me habló de la posibilidad de una vez recibida ir a trabajar a un Hospital...Siempre quise...

¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?

El año pasado empezó la Residencia en el Vélez con orientación en Atención primaria. Es una Residencia Nueva. En este momento hay cuatro residentes, dos de primero y dos de segundo año y dos rotantes del Htal Roca. En teoría tendrían que ser seis, dos por año. En este momento en tercer año hay una sola persona porque la otra renunció. Entonces son cinco rotantes del Roca y cuatro residentes del Vélez.

¿Qué conocés al respecto de cómo se originó la residencia de tu especialidad en este hospital?

La residencia de Fono empezó en el 1992 en otra sede. La residencia de Fonoaudiología con orientación en atención primaria de la salud con un programa especial con tres días destinados al área programática y dos para el servicio de ORL surgió el año pasado y se abrió en dos hospitales: el Htal. Penna y Htal. Vélez. Responde a la filosofía desde el nivel central de cambiar el perfil de los profesionales que se están formando y se abrieron nuevas vacantes, este año fueron doce. Y creo que se debe a que la Coordinación de la Residencia es fuerte, como que hay reuniones en forma sistemática, reuniones con gente de planta, de jefes de residentes, está creciendo mucho. Este año se van a hacer las cuartas jornadas de la Residencia y concurrencia.

¿Cuántas personas ingresan por año a la residencia?

Por año ingresan doce personas, más tres al Hospital de Clínicas, al que sólo pueden entrar las licenciadas, con el mismo examen de la residencia más una entrevista personal que influye mucho en el Ranking.

¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en este hospital? ¿Y cuáles específicamente, las tuyas como jefe/a o instructor/a?

Dentro de lo que es Área programática, Fonoaudiología participa en el Programa de Salud Escolar haciendo el Screening con chicos de preescolar y de 1er grado.

A partir de las derivaciones que surgen se hacen seguimientos de algunos casos, de los más leves; se hacen tratamientos grupales en el hospital o en el Centro de Salud y también de manera extramural yendo a las escuelas y siguiendo el tratamiento.

En Salud Escolar también participamos de los Talleres interdisciplinarios con padres de salas de 3 a 5 años cuando nos dan los horarios.

También dentro de Salud Escolar, estamos en un subprograma de lo que es un proyecto nuestro “Proyecto de Higiene Alimentaria y Respiratoria” en el cual se observan a los niños de sala de 3. Tenemos unos cuestionarios recogidos de los padres sobre hábitos sobre qué comen, si toman mamadera, como duermen, si roncan, cómo escuchan. Es un despistaje rápido en la sala y se hace una charla general a los papás y luego una devolución puntual de cada caso. Casos donde hay compromiso se hace una derivación a tratamiento y se hace una devolución a las escuelas y a cada maestra.

Después participamos en el PROSAM (Programa para Adultos Mayores); es bastante nuevo, empezamos en marzo en el CESAC; con psicopedagogas, cónicas, asistente social. Ahora largamos en agosto con talleres recreativos con los adultos mayores.

Participamos en el Taller de Lactancia con la población que está esperando para hacer las otoemisiones, el estudio de audición que se les hace a los recién nacidos en el CESAC. Se trabaja con la obstétrica, con una psicopedagoga, dos residentes de Salud mental y la fonoaudióloga.

En el PAN (Programa Alimentario Nacional) en el Taller para padres y en el espacio de la Juegoteca.

Ahora las residentes de 2º año están armando un proyecto interdisciplinario con Psicopedagogía, todavía no tiene título, de estimulación de la Conciencia fonológica para aplicar en determinadas escuelas o Salas donde vimos que hay muchas dificultades fonológicas en el lenguaje oral y que creemos que van a repercutir en 1er grado cuando empiecen a adquirir la lecto escritura.

A modo de rotación se fue a observar a una fonoaudióloga que trabaja al lado del Magnasco, en el Gabinete de Estimulación Temprana “Lydia Coriat” que se hace orientación a los papás y a los docentes de ahí sobre los aspectos de la alimentación. Son chicos con Síndromes y con varias discapacidades de 0 a 3 años.

En este momento estamos participando activamente en la campaña de vacunación para eliminar el Síndrome de Rubéola Congénita ya que la principal secuela es la sordera congénita. De la rubéola que se da en los tres primeros meses, el 90% de los bebés nacen con hipoacusia.

Y en lo que sería el consultorio de Fonoaudiología se hacen tratamientos individuales y otros grupales de chicos con respiración disfuncional, deglución disfuncional, dislalias o problemas de articulación, trastornos fonológicos, trastornos de retraso del lenguaje, disfluencias, disfonías se está empezando por un tema de espacio, de ruido de a poquito estamos viendo los horarios par que no se pierda la formación en esa área. Y en segundo año lo que vamos a hacer es subir a internación a ver a un paciente adulto con afasia, con problemas de deglución.

Como instructora o jefa por Programa me corresponden tres tipos de tarea: Tareas docentes: preparación y organización de clases, facilitarles material de consulta, supervisar los trabajos. Desde lo asistencial colaborar con los casos más complejos, supervisar. Y por último: tareas

organizativas: organizar rotaciones, ateneos, tender redes con otros equipos y ser como un nexo entre los residentes y otros profesionales.

También está la evaluación de los residentes en todos los objetivos que tienen que ir cumpliendo, estimulando y fomentando que ellos vayan creciendo este proceso de aprendizaje, ir estimulando los logros. Es un proceso continuo, no es una instancia de sólo llenar un formulario, sino que en el día a día se va acompañando.

¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos)? ¿y específico para esta sede? ¿Los residentes tienen acceso a él? ¿Cuáles son los lineamientos principales?

Sí, existe un programa general. No uno específico. Y eso es una falla. Incluso desde el Nivel Central, no hay un programa de la Residencia de Fonoaudiología con orientación en APS, ahí hacemos agua. Se abrió de un día para el otro, la gente que se postuló, presentó un proyecto y la persona que quedó seleccionada por Concurso llevó adelante ese proyecto. Tuvimos reuniones entre las jefas del año pasado y la de ahora para ir viendo cómo íbamos, para ir viendo qué contenidos, qué estaba más flojo en cada sede, qué podía tomar la otra, pero todavía desde capacitación no hay un programa.

Sin embargo nosotras observamos que en la página web de la dirCAP figura el programa de Fonoaudiología...

Ese programa corresponde al actualizado del 1992 para todas las sedes, pero no con la orientación en APS. Ese programa responde a hacer cuatro días en el Servicio de Otorrinofonoaudiología y un día en Área y nosotras trabajamos tres días en Área y dos en ORL. Se está pensando en hacer algo unificado e incluso actualizar los contenidos del programa general para el resto de los hospitales. Lo que se está haciendo ahora es actualizar las planillas de evaluación.

**¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia? 1. Si (X) 2. No ()
¿Cuáles?**

Supervisiones (X)

Ateneos. (X)

Panificación de tareas. (X)

Rotaciones internas. (X)

Rotaciones externas. (X)

Producción de trabajos escritos(X)

Reuniones interdisciplinarias (X)

Como hasta ahí, porque a la de Salud Escolar voy yo sola.

Reuniones de equipo (X)

Bibliográficas. (X)

Lecturas de Módulos ()

Cursos teóricos (X)

Dependiendo de lo que elija cada residente.

Exámenes ()

Actividades de investigación (X)

Por ejemplo trabajos para las jornadas.

Encuentros interresidencias. (X)

Encuentros intra hospitalarios de capacitación (X) Con psicopedagogía y con Pediatría que hicimos hace poco un análisis sobre de la Ley de Protección de Niñas, niños y adolescentes y la de Violencia Familiar.

¿En general cómo calificarías la formación que se brinda en el hospital?

1. Excelente () 2. Muy buena (X) 3. Buena () 4 Regular. () 5. Mala ()

¿Por qué?

Creo que es un Hospital que tiene muchos recursos; en cuanto a lo humano, en cuanto a los servicios que funcionan La apertura que hay en el Área programática, las posibilidades de acción, por la modalidad de la jefa y de tener la residencia de Psicopedagogía ahí. Es muy fácil la comunicación interdisciplinaria. Y en el servicio también como que va creciendo la inserción. Podría llegar a ser excelente creo yo si se sigue trabajando y avanzando, es muy nuevo todo... En el servicio de ORL estamos de prestado, el espacio es muy chiquito... a veces es medio caótico. De todos modos el balance del año pasado tanto de la gente de planta como de las residentes y el mío fue muy bueno.

¿Cuáles son a tu criterio las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

Como fortalezas el tener un programa escrito y tener Coordinadora comprometida con la residencia y un sistema de reuniones mensuales que cada vez es mejor. Antes las reuniones se hacían separadas entre la gente de planta y las jefas de la residencia y ahora se buscó unificar ese espacio para compartir inquietudes, pedidos, para saber en qué cosas hay que seguir trabajando, en qué vamos bien, en qué vamos mal. Se está haciendo bien sistemático y me estoy dando cuenta que no es así en todas las residencias. Y en cuanto a las debilidades la principal en cuanto a esta sede es que no haya un programa escrito unificado para los dos Hospitales que tienen la orientación en APS.

Si pudieras modificar algo: ¿Qué cambiarías y que optimizarías?

Por ejemplo escribir el Programa y actualizar el que viene funcionando hasta ahora.

¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

De lo que yo conozco, promedio un residente por año, siempre por causas personales. Ejemplo de traslados de un marido de una residente al interior o por problemas de salud graves.

¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

1. Compañeros (x) 2. Jefes de residentes (x) 3. Profesional de planta (x)
4. Profesional externo () 5. Instructores ()

Jefe o instructor en primer lugar, compañeros y por último profesional de planta.

¿A quién/ quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

Jefe de residentes (x)

Compañeros ()

Jefe de servicio ()

Directivos de la institución ()

Dirección de Capacitación ()

Subcomité de residentes ()

Asociación de profesionales/sindicatos ()

Coordinador de programa ()

Profesional de planta ()

Profesional externo ()

Instructores ()

Nadie ()

¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

Tenemos una auto evaluación que hace el propio residente sobre su desempeño en los dos ámbitos: Área programática y Servicios. Una evaluación del residente de ese período de capacitación hacia sí mismo, hacia la sede o hacia la capacitación que recibió. Y luego el instructor o jefe y el personal de planta a cargo hacen la evaluación del desempeño de los residentes en el Área programática y en el Servicio. Se elevan cada seis meses a Capacitación y queda una copia en el CODEI.

¿Tienen exámenes teóricos tipo múltiple choice?

No

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

La expectativa era tener formación práctica. Creía que tenía bastante de lo teórico pero aquí aprendí lo mismo o más. Seguí aprendiendo un montón, cosas que ni te nombran en la facultad y sobre todo la práctica, el trabajo frente a frente con el paciente, la familia, con la mirada de otros profesionales, la forma de trabajar de otras disciplinas, reglas institucionales que uno desconoce y por ahí metés la pata...

Se cumplieron todas... a veces te queda como una cuota de angustia, de impotencia frente a injusticias del sistema: horas de trabajo que no se cumplen, listas de espera interminables que deberían bajar, maltrato al paciente o a otros compañeros, sobre todo la gente que hace años que está, maltrato a los pacientes la gente que está internada, no dando indicaciones sencillas para que entiendan. Por ahí estas cosas te tocan más en lo personal que en lo, estrictamente profesional...

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe / instructor?

De lo Institucional lo último que me pasó en una reunión del proyecto del PROSAM tomé una determinación por ganas de avanzar y de hacer y te salteás por ahí pasos formales como pedir autorización a tu jefa, avisar a otros integrantes del programa etc.... En otras instancias por ahí la tenés re clara, carta acá, carta allá, pero ante una situación nueva y movida por las ganas como que te olvidás.

¿Qué aprendizajes creés que te brindó / brinda el hospital, más allá de tu formación como profesional?

Un montón...un montón...El conocer de las relaciones interpersonales, de manejo de grupos y del manejo persona a persona y según el rol también. Como jefa .El lugar dar clase, cómo llegar pero también el lugar de sostener. Cuando hay dificultades personales, cómo priorizar, cómo flexibilizar...

¿Qué entendés por aprendizaje?

Crecimiento...ehm...como adquirir actitudes nuevas para un mejor desenvolvimiento, para una mejor resolución de situaciones, aptitudes, conocimiento, prácticas, enriquecimiento...

¿Quisieras agregar algún comentario?

Después saber cómo les fue con el trabajo...

Entrevista a Jefa de Residentes de Pediatría

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Datos personales

Profesión: Médica

Servicio al que pertenece: Pediatría

Cargo: 1. Jefe (X) 2. Instructor ()

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 29

Año de egreso: 2001

Institución (de la que egresó): UBA

Capacitación y aprendizaje.

¿Por qué elegiste entrar en la Residencia de tu especialidad?

En primer lugar elegí entrar a la Residencia para formarme porque no había otra opción que era salir de la facultad y ponerme a trabajar; y en segundo lugar elegí pediatría porque cuando fui a la facultad y roté por todas las especialidades y después en las prácticas que tuvimos sentí que era la especialidad que más me gustaba.

¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?

Son dos residentes por año que va de 1º a 4º, yo la jefa de residentes, más los concurrentes, más la jefa del servicio más una doctora que es la instructora de residentes y las enfermeras.

¿Qué conocés al respecto de cómo se originó la residencia de tu especialidad en este hospital?

Sé cuáles fueron los inicios, que no había residencia. Y luego se llamó a Concurso y entraron dos residentes y la primera jefa de residentes vino de otro lugar el Posadas porque acá no había nadie, que actualmente es un doctor que estuvo como pediatra de guardia y luego pasó ahora al centro periférico y fue el primer jefe de residentes de acá.

¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en este hospital? ¿Y cuáles específicamente, las tuyas como jefe/a o instructor/a?

Las actividades dependen. De todas las que somos un grupo está en la sala y otro grupo está rotando por hospitales pediátricos. En la sala la actividad es de 8 a las 6 o 7 de la tarde según el trabajo y en verano un poco antes. La actividad comprende: la atención del paciente que está internado y cuando se externa el control del ambulatorio hasta que esté completamente sano del motivo por el cual estuvo internado. Después tenemos consultorio de residentes que sería el consultorio de Salud Infantil, que es con nenes que vienen a controles, nenes que no están internados y que somos sus pediatras de cabecera. Después tenemos actividades de clases que están organizadas por mí y que las damos entre nosotros. Le otorgo a cada residente superior con un mes de anticipación la case que tiene que preparar, antes de cerrar la veo yo y después expone a sus compañeros. Generalmente la clase teórica es sobre la patología que va

predominando en la sala por ejemplo ahora en este mes las clases fueron sobre patologías respiratorias que es lo que más se ve en el invierno.

Después hacemos el Curso Superior para que nuestro título que sólo está avalado por la Municipalidad sea avalado por la UBA. Viene gente de afuera a darnos clase, o sea de 2° a 4° somos alumnos y viene gente de afuera, el día de mañana se rinde un examen en la UBA y somos pediatras de nivel nacional avalados por la UBA, que es lo que más prestigio te da en estos momentos.

Después tenemos ateneos que preparamos entre nosotros sobre casos de pacientes. Estamos casi todo el año preparando trabajos científicos para presentar en las jornadas del Hospital y una vez al año presentamos en la SAP (Sociedad Argentina de Pediatría) eso es una vez por año pero que nos requiere un montón de meses.

Y después les puse también obligatorio que hay que hacer un curso afuera del hospital avalado por la SAP y de a grupitos fueron eligiendo el curso que les gustaba. Unas eligieron Crecimiento y Desarrollo, otras están haciendo Nefro, otro Neumología. Es una actividad que hacen a la tarde extra horario del hospital. Está bueno para que tomen contacto con gente que sabe un montón.

¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos)? ¿y específico para esta sede? ¿Los residentes tienen acceso a él? ¿Cuáles son los lineamientos principales?

Sí, existe el programa de Residencia. De hecho en agosto nos vienen a hacer una encuesta la gente de la dirCAP que nos hacen entrevistas a los residentes y a los jefes y ven qué se cumple del programa.

¿Existe algún programa específico del Hospital de la especialidad?

No, nos regimos bajo el programa de Municipalidad, que nos rige en las rotaciones, en la cantidad de guardias, en las...que se tienen que dar, en casi todo.

¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia?

1. Si (X) 2. No ()

¿Cuáles?

Supervisiones (X)

Vienen de la dirCAP una vez al año.

Ateneos(X)

Tenemos los nuestros y algunos que compartimos con ustedes.

Panificaciones de tareas (X)

Sí; eso lo hago yo. Hasta quien lava los platos. Puse un día por semana para que el office no esté...Acabo de hacer el rótulo es "Ordena-office", hay uno por día que es el que ordena el office para que los que están de guardia no les quede todo sucio (Se sonríe).

Evaluación de tareas (X)

La hago yo y la residente de 4°.

Rotaciones internas ()

Rotaciones externas (X)

Las organizo yo en base a lo que dice el Programa y algunas que son optativas y allí me siento con cada uno a ver por dónde quiere rotar según lo que le guste.

Trabajos escritos (X)

Es lo que preparamos para las jornadas y que cada uno para septiembre tiene la obligación de tenerlo hecho.

Reuniones interdisciplinarias (X)

Son poquitas y las organizo yo.

Reuniones de equipo (X)

Los pases a la mañana con los jefes y una vez cada 10 días tratamos de hablar que nos pasa a nosotros como residentes.

Reuniones bibliográficas (X)

Se suelen hacer pero últimamente no hicimos porque el ritmo fue medio caótico.

Exámenes (X)

Están programados dos por año, uno en diciembre y otro en mayo. El de mayo es el obligatorio para pasar de año. También tuvieron dos parciales domiciliarios en el año que les digo yo, de las clases que dieron les mandé ejercicios para que hicieran en sus casas y los corregí yo, uno tuvieron y el otro me lo tienen que entregar mañana.

Actividades de investigación ()

Encuentros interresidencias (X)

Hicimos el ateneo con Fono y Psicopedagogía. Es lo que más cuesta, pero cuando se puede se hace.

¿En general cómo calificarías la formación que se brinda en el hospital?

1. Excelente () 2. Muy buena (X) 3. Buena () 4. Regular () 5. Mala ()

¿Por qué?

Excelente no, porque nos faltan especialistas que nos puedan ayudar; y tenemos que recurrir al teléfono o a las interconsultas ya que la estructura del hospital no lo permite. Y no menos porque soy yo la que está a cargo y no voy a dejar que sea menos, porque es lo que uno fue recibiendo y vas aprendiendo lo bueno y lo malo y creo que es muy digno lo que hacemos. Obvio que hay cosas que nos exceden pero gracias a las rotaciones se acerca bastante a lo que esperamos.

(En ese momento viene una pacientita que fue dada de alta y se despide de Fernanda)

¿Cuáles son a tu criterio las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

La mayor debilidad es que estamos muy limitados con la complejidad de los pacientes y con las interconsultas. Acá todo paciente que está relativamente grave hay que derivarlo porque no hay opciones para manejarlo, algunas cosas de laboratorio o algunos estudios tampoco los podemos hacer. Pero de a poco fuimos agregando complejidades. Tengo una nena con Síndrome de Down que incorporamos el año pasado.

Si pudieras modificar algo: ¿Qué cambiarías y que optimizarías?

Lo de los especialistas, ahora está por entrar un neurólogo, un neumólogo. Cambiaría algunas cosas del manejo interno entre residentes y jefes de residentes que no viene al caso y tampoco depende de mí poder cambiarlo...

¿A qué te referís?

La cantidad de guardias o el día libre o cosas internas con los pacientes.

¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

Residentes todos. Concurrentes algunos quedaron en el camino.

¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

1. Compañeros () 2. Jefes de residentes (X) 3. Profesional de planta () 4. Profesional externo () 5. Instructores () 6. Otros:

¿A quién/ quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

- Jefe de residentes** (x)
- Compañeros** (x)
- Jefe de servicio** ()
- Directivos de la institución** ()
- Dirección de Capacitación** ()
- Subcomité de residentes** ()
- Asociación de profesionales/sindicatos** ()
- Coordinador de programa** ()
- Profesional de planta** ()
- Profesional externo** ()
- Instructores** ()
- Nadie** ()

En primero y segundo año a mi jefe de residentes, en tercero también y en cuarto a mí misma o a mis compañeros. El año pasado aprendí de mis compañeros, de los más chiquitos y de los más grandes...pero mi jefa de residentes no me brindó nada....

¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

Los exámenes por escrito de los cuales algunos eligen choise y otros a desarrollar. A mí particularmente el choise no me gusta, confunde y que depende de si tenés buena memoria...

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

Entré con el objetivo de aprender que fue el único y lo cumplí. Igual creo que tengo muchas cosas por aprender...Y sigo aprendiendo del residente de 1º, de 2, de 3º....

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe / instructor?

Nosotros particularmente aprendemos de cada nene que está grave más que de ninguno. Y estamos muy solitos y aprendés a los golpes.

Me acuerdo de 1º año una nena que se invaginó, que es algo como que el intestino se retuerce y hay que operarla y yo estaba en 1er año y no sabía lo que era una invaginación, pero sabía que en esa nena algo no me gustaba, que la diarrea no era algo normal. Me pude dar cuenta que esa nena tenía algo más que una diarrea y fuimos a la pediatra de guardia, al principio nos desestimaron y nosotras seguimos insistiendo hasta que finalmente la derivaron a la Casa Cuna y la operaron, y es el día de hoy que cada vez que veo un nene con diarrea que no me termina de convencer lo primero que pienso es si no estará invaginado o no y eso fue a dos meses de entrar en 1er año y me quedó regrabado.

¿Qué aprendizajes creés que te brindó / brinda el hospital, más allá de tu formación como profesional?

No, todo. Los últimos 5 años viví más acá que en mi casa...Eh...todo, amigos pero amigos amigos de verdad, aprendí el trato con gente que sabe mucho y está bueno codearse de gente que sabe mucho.

Aprendés a comprender lo que le pasa a otro. Quizá una mamá no le da a su hijo la comida caliente no porque no quiera sino porque no tiene horno. Yo antes de esto no pensaba que alguien no tenía una cama calentita donde dormir. Aprendí a ver distintos modos de vida, aprendí del error.

¿Qué entendés por aprendizaje?

Creo que el aprendizaje abarca todo, uno aprende...Entiendo es la manera de incorporar nuevos conocimientos a la vía de uno. No sólo desde lo médico, uno aprende del manejo de actitudes, de las clases. A mí particularmente me pasó el año pasado que no me gustaría hacer nada de lo que fue mi jefa de residentes. Aprendí los blancos y los negros. El año pasado estuvieron muy solitos y a la deriva y me gustaría que se sientan protegidos, que nadie se sienta solo. La idea es que nadie se sienta a la deriva.

¿Quisieras agregar algún comentario?

Me parece que está bueno aprender, que está bueno que nos conozcamos y que podamos compartir. A veces uno está muy encerrado en sí mismo o por lo menos nosotros estamos en nuestra guarida y está bueno asomar la cabeza y ver en qué están los demás.

Gracias por todo

Entrevista a Jefa de Residentes de Clínica Médica

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Esta entrevista se realizó con la presencia de la jefa de residentes, algunos residentes y una concurrente de la especialidad.

Datos personales

Profesión Médica

Servicio al que pertenece: Clínica médica

Cargo: 1. Jefe (X) 2. Instructor ()

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 32

Año de egreso: 2001

Institución (de la que egresó): UBA

Capacitación y aprendizaje.

Realizamos la entrevista a la jefa en compañía de 6 residentes, en el office de clínica médica. Explicación del tema: “Como se aprende en las diferentes residencias del hospital” “A los golpes”. (Nos responde una residente que estuvo presente durante la entrevista)

¿Por que elegiste entrar a la residencia?

Cuando uno sale de la facultad sabe sólo lo de la facultad. Del manejo de pacientes no sabes. Entrar a la residencia es la mejor formación en ese aspecto. Vos te recibís de médico y haces la residencia en alguna especialidad.

¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?

Somos de 1º una, de 2º tres, de 3º dos de cuarto nadie; hay dos concurrentes y yo. Después están los de planta y los jefes de servicio. También hay ínter consultores que a veces les comentamos algo.

¿Qué conocés al respecto de cómo se originó la residencia de tu especialidad en este hospital?

Yo sé que era una maternidad con guardia externa, después empezaron los clínicos acá en internación y después creo que hace como 20 años se empezó a formar la residencia de clínica, cirugía y creo que ya estaba gineco. Tampoco somos muchos. La de ustedes este año empezó?

No, desde el 97.

Yo no tenía ni idea.

También está fono, farmacia, medicina general en el CESAC

R3: Mira vos!!!! Estaba informática también, pero la sacaron

¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia?

Si

¿Cuáles?

Supervisiones (X)

Supervisiones, los residentes superiores van guiando a los inferiores.

Ateneos(X)

Planificación de tareas (X)

Evaluación de tareas (X)

Rotaciones internas(X)

Ahora los chicos de tercer año rotan por consultorios externos.

Rotaciones externas (X)

Si seis meses por año rotamos por otros hospitales. Por terapia intensiva, cardiología, reumato o endocrino.

Producción de trabajos escritos(X)

Reuniones interdisciplinarias ()

Reuniones de equipo (X)

Reuniones bibliográficas (X)

Lectura de módulos ()

Cursos teóricos (X)

Si. Los hacemos acá y afuera. Algunos hacen el curso superior para tener la especialidad nacional

R2: Es para que el título se valide a nivel nacional.

Exámenes (X)

Actividades de investigación ()

Encuentros interresidencia ()

Encuentros intra hospitalarios de capacitación ()

Otros ()

¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en el hospital?

Consultorio externo, seguimos a los pacientes que damos de alta. Internación.

¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos) ?

Si hay. Ahí te dice por año los contenidos.

¿Los residentes tienen acceso a él?

Si. Lo tenemos por ahí

Concurrente: Está por Internet también

¿Y específico del hospital?

No, no sé.

R3: Debe haber. Eso lo tiene que armar cada servicio. No se si está escrito.

¿En general como calificarías la formación que se brinda en el hospital? ¿Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala?

Buena

¿Por qué?

Faltan especialistas. Tenemos algunos muy buenos pero solamente neumonólogo, infectólogo, neurólogo y hay otros que no los consideramos buenos. Nosotros tenemos pacientes con algunas patologías y tenemos que andar desesperados llamando por teléfono a otros lugares. Acá no hay un montón de especialidades.

Esto se enlaza con esta pregunta ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

Eso. Las debilidades...hay si yo empiezo a hablar

R3: Habla!!

Acá nadie se pone las pilas ni se hace cargo de las cosas, los médicos de planta y consultores no se ponen las pilas. Que no nos dejen solos, que nos apoyen, que nos ayuden. Nos sentimos solos, abandonados ante decisiones importantes. ¡Nos dejan solos! Nos sentimos abandonados y nosotros que estamos aprendiendo tenemos que tomar decisiones importantes y cuando las tomamos, muchas veces no acertamos y nos dicen: ¡Cómo se equivocaron! Bueno....eso es lo que más nos molesta.

Sí, sí. Si acá no estuviera el residente cómo pensás que funcionaría el hospital? No funcionaría nada. Sería un quilombo. El sistema se sostiene por el residente que se queda. Acá después del mediodía quedamos solos. El horario es de 8 a 17 pero jamás nos vamos a esa hora. Hay mucho trabajo. A veces nos vamos a las 10.

¿Aparte las guardias?

Si. Nos quedamos después de la guardia. Hemos estado sin dormir 40 horas.

¿Es legal?

R3: No. Pero andá a plantear que después de una guardia te vas a ir. Te meten una patada. No podés. El residente no tendría que trabajar ni sábado ni domingo, pro no es así. Acá el residente cubre todas las guardias. No hay día libre.

Concurrente: Imaginate el estado en que estás para atender un paciente. Nosotros no tendríamos que trabajar más de las 12. Pero... nos quedamos hasta la noche, hacemos guardias de 24 Hs. Todo.

Ella es concurrente; si se va a las 12 no aprende nada, se pierde todo, pierde el pase de sala, la guardia. Se arriesga la matricula y el hospital si se lastima o algo no la cubre para nada.

Concurrente: Pierdo todo! Es verdad!

Si pudieras modificar algo: ¿Qué cambiarías y que optimizarías?

El trato, las personas. Más responsabilidad y compromiso de la gente de planta, sentirse más acompañado. Si pedís una interconsulta la hagan. Que a los concurrentes se les pague porque hacen exactamente el mismo trabajo que nosotros y ni siquiera les dan de comer encima...tienen que hacer un año más. Laburan como negros a la par, se comprometen igual. Encima tienen que trabajar afuera. Tienen que vivir. Que más?

R3: Los malos tratos!!

Si. Ese es un tema top acá. De jefes para residentes, entre residentes de diferentes especialidades. Entre todos.

Es difícil modificar eso

Si. Para eso es la persona. La esencia de la persona.

R2: Lo que pasa también es que la residencia saca lo peor de uno. Si tenes que estar todo el tiempo en un lugar que te gritan, te tratan mal. No te vas a quedar mirando y decir mi política de vida es no responder. Si, aparte no dormís, no comes, estas muy irritable, susceptible.

¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

De los que entraron ya renunciaron tres. Por cosas personales y parte por el mal trato acá. Las situaciones de tensión que se viven acá hay gente que las tolera y gente que no.

¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

Compañeros(X)

Jefes de residentes ()

Profesional de planta (X)

Entre nosotros leemos y nos comentamos lo que leímos. Algún inercursor o médico de planta macanudo y capacitado.

R2: Si hay uno que sabe mucho, mucho, pero tiene tan mala forma que no puedes referirte a él. Si te dirigirías a él aprenderías un montón pero es imposible. Es el que más sabe.

Profesional externo ()

Instructores ()

Otros ()

¿A quién / quiénes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

Jefe de residentes ()

Compañeros ()

Jefe de servicio ()

Directivos de la institución ()

Dirección de Capacitación ()

Subcomité de residentes ()

Asociación de profesionales/sindicatos ()

Coordinador de programa ()

Profesional de planta ()

Profesional externo ()

Instructores ()

Nadie (X)

Nadie?

Nadie

Alguno?

No, no tenemos modelos.

¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

Diaria. Todos los días se evalúa.

¿Cuáles son las formales?

Se toma un examen a fin de año, como en todas las residencias y del CODEI cada 6 meses.

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

El objetivo era la formación y si se cumple no como me gustaría pero bueno. Cada año tiene cosas para hacer y en 3 y 4 tendrías que formarte más, desde la teoría pero es imposible. No se puede, terminas haciendo de todo pero en realidad, no es lo que tendrías que hacer. No hay tiempo. Eso no lo tuve.

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe?

No sé, no sé. En donde más aprendí fue con las rotaciones, en el Fernández. En el Tornú, el CAI del Posadas. No hay un hecho puntual que digo guau! Pero día a día aprendí. Me gusto mucho. Acá es totalmente distinto. Debo tener un montón pero no me acuerdo de una.

Me di cuenta como estaba acá. Acá es sacar laburo, sacar laburo, sacar laburo, sacar laburo la formación depende de vos. Nos estamos formando! Nunca hay tiempo.

¿Qué aprendizajes te brindó / brinda el hospital más allá de tu formación como profesional?

Ninguno. Más allá de lo médico

R3: ¡¡Trabajo en grupo!! Todo lo que tiene que ver con las relaciones interpersonales, con sus pro y contras. Como manejarse en grupo

Sí. Sí. Aprendés qué tenés que hacer y qué no tenés que hacer. Vivís más acá que con tus hijos o pareja. Te enseña eso también, convivir. Tratamos de llevarnos bien entre nosotros, después todo se arregla entre nosotros.

¿Qué entendés por aprendizaje?

La adquisición de conocimientos.

¿Quisieras agregar algún comentario?

No. Coméntenme algo de su residencia

(Les comentamos las características y actividades que realiza el equipo)

Gracias.

Entrevista a Jefa de Residentes de Cirugía General

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Datos personales

Profesión Médica

Servicio al que pertenece: Cirugía

Cargo: 1. Jefe (X) 2. Instructor ()

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 30

Año de egreso: 2001

Institución (de la que egresó): UBA

Capacitación y aprendizaje.

¿Por qué elegiste entrar en la Residencia de tu especialidad?

Porque quería hacer cirugía y la única manera que me parecía posible hacerla era con un régimen de Residencia

¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?

Nosotros somos un solo residente por año y los concurrentes de cada año. En este momento no hay residente de 1º año porque no se presentó Vamos a ver si la concurrente puede adjudicar. Después hay un residente de 2º y dos concurrentes; en 3º hay un residente y un concurrente y en 4º hay un residente y dos concurrentes y hay una residente de 5º año.

¿Y rotantes?

Ahora no... Generalmente los que rotan con nosotros son los de gineco y obstetricia.

¿Qué conocés al respecto de cómo se originó la residencia de tu especialidad en este hospital?

La verdad nada

¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en este hospital? ¿Y cuáles específicamente, las tuyas como jefe/a o instructor/a?

Actividades de planta, interno a los pacientes, hacer las historias clínicas, las medicaciones, las evoluciones diarias, la evaluación, las cirugías, la externación y el seguimiento del paciente. Y de guardia lo mismo que el cirujano de guardia...

Y vos específicamente como jefa de residentes?

Organizar cuando hacemos el parte, tomar las decisiones de cómo se sigue con el paciente...poner en lista quirúrgica los pacientes que sean necesarios y determinar quien opera a quien.

¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos)? ¿y específico para esta sede? ¿Los residentes tienen acceso a él? ¿Cuáles son los lineamientos principales?

Sí está en Internet.

¿Y específico de este hospital?

No

¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia? ¿Cuáles?

¿A quién? (Se sonríe irónicamente)

Lo estamos reincorporando. Nosotros tenemos una tarea asistencial y administrativa, tenemos que llenar una gran cantidad de papeles, amén de la tarea asistencial. Ahora algo estuvimos haciendo porque tuvimos cerrado el quirófano por tres semanas por refacciones.

Ateneos (X)

Planificación de tareas ()

Evaluación de tareas cada seis meses, pero hay una evaluación diaria.

Rotaciones ()

Nosotros nos vamos a rotar a otros hospitales.

Producción de trabajos escritos (X)

Reuniones interdisciplinarias ()

Reuniones de equipo (X)

Nosotros hacemos el pase.

Reuniones bibliográficas ()

Cursos teóricos (X)

Fuera del hospital.

Actividades de investigación (X)

Sí continuamente, hay que actualizarse permanentemente, no está protocolizado.

Encuentros interresidencia ()

Encuentros intrahospitalarios ()

¿En general cómo calificarías la formación que se brinda en el hospital?

1. Excelente () 2. Muy buena () 3. Buena (X) 4. Regular () 5. Mala ()

¿Por qué?

Buena, lo que nos da, es una gran manualidad...

¿A qué te referís con manualidad?

Que operás de todo.

¿Cuáles son a tu criterio las fortalezas y debilidades que tiene el sistema de residencias de tu especialidad?

Que tiene demasiada tarea asistencial y entonces la parte de docencia está un poco corrida con eso

Si pudieras modificar algo: ¿Qué cambiarías y que optimizarías?

Yo haría un poco más de docencia, de actividades científicas.

¿Qué porcentaje de residentes finalizan su capacitación?

Todos. Es raro

¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

1. **Compañeros** () 2. Jefes de residentes (X) 3. Profesional de planta () 4. **Profesional externo** ()
5. **Instructores** () 6. **Otros:** _____

¿A quién / quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

- Jefe de residentes** ()
Compañeros ()
Jefe de servicio (x)
Directivos de la institución ()
Dirección de Capacitación ()
Subcomité de residentes ()
Asociación de profesionales/sindicatos ()
Coordinador de programa ()
Profesional de planta ()
Profesional externo ()
Instructores ()
Nadie ()

Ahora recurrimos mucho al jefe de servicio.

Estaría bueno que vinieran alguna vez acá para ver cómo es la tarea asistencial acá arriba y para que vean porque terminamos tan chiflados.

Sí la verdad lo entendemos .Deben tener mucha presión. Están más en contacto con situaciones límites...

Lo que genera más estrés es a veces no tener respuesta, a veces la muerte es inevitable pero una muerte injusta o al pedo por no tener los medios, porque no están los recursos, más que nada la incompetencia del medio es lo que te genera estrés. La “máquina de impedir” como decimos nosotros. El no poder por que no te permiten

Uds tiene un espacio para trabajar estas cosas que les pasan en relación a la muerte u otros temas?

No. Lo manejamos entre nosotros. Todos tenemos una personalidad, viste que nos agrupamos por especialidades. Entonces tenemos mecanismos compensatorios, o darles otros pacientes, sacarle un paciente...

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

Un lugar donde aprender y hacer lo que me gusta.

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe / instructor?

Aprendí que un anciano pude estar séptico sin fiebre y sin leucocitos elevados. A los dos días se murió...

¿Qué aprendizajes creés que te brindó / brinda el hospital, más allá de tu formación como profesional?

Lo mismo que la UBA, viste que te demuestra que las cosas no son como tienen que ser y hay que tratar de subsistir y arreglártelas como puedas cuando las cosas no funcionan; como es la vida...

¿Qué entendés por aprendizaje?

Lalala... (Se sonríe) No sé...Incorporar. No me sale otra cosa.

¿Quisieras agregar algún comentario?

Cuando quieran venir al servicio....están invitadas. (Risas)

Entrevista a Jefa de Residentes Médicos Generalistas

NOTA:

Negrita: Entrevistadoras

Regular: Entrevistados

Datos personales

Profesión: Médica Generalista

Servicio al que pertenece: Área Programática

Cargo: 1. Jefe () 2. Instructor (X)

Sexo: 1. Femenino (X) 2. Masculino ()

Edad: 32

Año de egreso: 2001

Institución (de la que egresó): UBA

Capacitación y aprendizaje.

¿Cuántas personas conforman el equipo (entre residentes, concurrentes y rotantes si los hay)?

Esta especialidad comenzó en el año 2005. Se llama Medicina General, Familiar y Comunitaria. Por ahora hay dos residentes de 1º y dos residentes de 2º.

¿Cuáles son las actividades que realiza el equipo de tu especialidad en este hospital? ¿Y cuáles específicamente, las tuyas como jefe/a o instructor/a?

Atención a pacientes. Talleres con los pacientes. Por ejemplo ancianos. Docencia en el Hospital Álvarez, soy docente en un Curso Superior en APS para médicos.

¿Existe un programa general de tu residencia (con objetivos y contenidos)? ¿y específico para esta sede? ¿Los residentes tienen acceso a él? ¿Cuáles son los lineamientos principales?

No, no está hecho. Está en construcción. Todavía es muy nueva la Residencia

¿Hay instancias formales de aprendizaje y capacitación en tu residencia? 1. Si (X) 2. No ()

¿Cuáles?

Supervisiones (X)

Ateneos ()

No son sistematizados

Planificación de tareas (X)

Evaluación de tareas (X)

Rotaciones internas (X)

Rotaciones externas (X)

Producción de trabajos escritos (X)

Reuniones interdisciplinarias (X) No formales en el CESAC

Reuniones de equipo (X)

Reuniones bibliográficas ()

Lectura de módulos ()

Cursos teóricos (X)

Exámenes (X)

Actividades de investigación (X)

Encuentros interresidencia (X)

Encuentros intra hospitalarios de capacitación (X)

Otros: En el Argerich existe una rotación de Clínica con supervisión de los jefes de residentes

¿En general cómo calificarías la formación que se brinda en el hospital?

1. Excelente () 2. Muy buena () 3. Buena () 4. Regular (X) 5. Mala ()

¿Por qué?

Porque la especialidad de Médico generalista es muy reciente. Jefe o instructor es el tope al que podés llegar en el sistema. Y no hay formación ni capacitación sistematizada

¿La mayoría de las veces a cargo de quién está la capacitación en tu residencia?

1. Compañeros () 2. Jefes de residentes () 3. Profesional de planta () 4. Profesional externo ()

5. Instructores () 6. Otros: Cursos afuera que los tengo que pagar yo.

¿A quién / quienes reconocés como tus modelos o referentes vinculados a tu capacitación?

Jefe de residentes ()

Compañeros ()

Jefe de servicio ()

Directivos de la institución ()

Dirección de Capacitación ()

Subcomité de residentes ()

Asociación de profesionales / sindicatos ()

Coordinador de programa ()

Profesional de planta ()

Profesional externo ()

Instructores ()

Nadie ()

Otros: (X) Médicos especialistas de planta. Yo hice la residencia en el Álvarez y allí había un nefrólogo excelente.

¿Cómo es el sistema de Evaluación dentro de tu residencia?

La realiza el responsable de la formación en cada rotación. Existe una planilla con ítems, por ejemplo: trato con el paciente, puntualidad, asistencia, conocimiento, participación en los pases, predisposición para la realización de las tareas, etc.

¿Con qué objetivos y expectativas ingresaste al sistema de residencia? ¿Cuáles se cumplieron y cuáles no?

Aprender y se cumplió. Aunque la formación es despareja y no hay mucha exigencia.

¿A través de alguna anécdota o relato podés ejemplificar una instancia de aprendizaje que haya ocurrido en tu vida hospitalaria como residente o jefe / instructor?

Me la pasé interconsultando. Me la pasé de Servicio en servicio. Aprendí de un paciente con HIV que en la guardia no lo querían internar. Aprendí como manejarme, el ambiente de médicos

es hostil, aprendés a defender tus derechos. Yo sólo quería que lo observen, al final lo internaron pero tuve que pelearla. Son cosas que me marcaron. A veces tenés que pelearla para conseguir algo.

¿Qué aprendizajes creés que te brindó / brinda el hospital, más allá de tu formación como profesional?

El tener amigos, a defenderme en la vida. Aprendí de la poca sensibilidad de los médicos. Yo tenía la idea de que todos los médicos por su profesión eran buena gente. Por ejemplo los que hacen cirugía se creen arriba después de Dios

¿Qué entendés por aprendizaje?

Incorporar algo nuevo asociándolo con algo conocido y hacerlo como propio. Lo incorporado queda para siempre y ante situaciones nuevas tenés las herramientas para poder manejarlas

¿Quisieras agregar algún comentario?

Tengo ganas de hacer algún trabajo conjunto por ejemplo con Psicopedagogía. Yo tengo algo pensado sobre el síndrome del "Burnt Out".

Se le da poca cabida a la investigación dentro de la Residencia y yo creo que es el mejor momento para investigar, para hacer cosas. Cuando sos de planta te achanchás. Ah otra cosa que tiene Medicina, los residentes al médico de planta no lo respetan.

Gracias por todo