

PRIMERA PARTE

FUNDAMENTOS, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

1. Fundamentos, Antecedentes y Objetivos

1.1 Justificación e Importancia del Problema

Desde los comienzos de la constitución de la carrera de Psicología en la República Argentina se han dado conflictos con respecto a las competencias e incumbencias de los psicólogos. Uno de los principales conflictos fue de índole interprofesional y estuvo relacionado con definir si al psicólogo le correspondía o no la curación de enfermos. Esta conflictiva tuvo su punto crítico en 1967 cuando el gobierno de facto que en ese momento gobernaba el país, dictó la ley 17132, de ejercicio legal de la medicina, la cual establece el rol del psicólogo como auxiliar del médico. El psicólogo por lo tanto, podía desempeñarse profesionalmente solo bajo la dependencia de un médico especializado en psiquiatría y solo bajo su indicación y supervisión. (Klappenbach, 2000)

Si bien esta problemática interprofesional quedó resuelta totalmente a partir de 1985 con una resolución de incumbencias de tipo habilitantes y completas (Nº 2447/85) que daban competencia a los psicólogos en diversas áreas como: investigación, clínica, educacional, laboral, jurídica, socio-institucional-comunitaria, (Klappenbach, 2000) en la actualidad comienzan a aparecer nuevos interrogantes vinculados a las incumbencias de profesiones que tienen puntos de vinculación, como la Psicología y la Medicina. La situación actual de la psicología no es el producto de un progreso tranquilo, sino que es el fruto de un proceso que fue interrumpido por períodos de estancamiento, y hasta retrocesos (Calo, 2000).

Dentro de las incumbencias del psicólogo, en la ley de ejercicio

profesional de la Provincia de Buenos Aires N° 10306 que rige en la actualidad, se expresa claramente en su artículo n° 9 inciso f) “queda prohibido a los profesionales que ejerzan la Psicología: *prescribir, aplicar o administrar medicamentos o elementos químicos destinados a la investigación, diagnóstico o tratamiento de las alteraciones de las personalidad.* Esto que resulta una prohibición absoluta y sin lugar a consideraciones en nuestro país, es una cuestión que es contemplada en otros países como una competencia del psicólogo en su quehacer. Actualmente, es llevado adelante por un grupo de profesionales de la psicología que aspira a obtener dicha incumbencia, denominado desde Estados Unidos como “el movimiento de la prescripción”.

El movimiento de la prescripción surge en Estados Unidos a raíz de una necesidad que se plantea desde el sistema sanitario relacionada con la dificultad de los psiquiatras para cumplir con la demanda que estos tienen, lo cual generaba derivaciones al médico de cabecera, quien se ve llevado a diagnosticar y tratar enfermedades que se hallan fuera de su especialidad. Frente a esta situación aparecen numerosos psicólogos “dispuestos y disponibles” a tratar pacientes con todos los diagnósticos psiquiátricos; y un creciente número de ellos se han “reciclado” para poder recetar medicamentos, cursando varios años de formación de postgrado que superan en sí la preparación médica de los mismos psiquiatras en materia psicofarmacológica” (Muse, 2007)

Específicamente esto acontece en Estados Unidos, particularmente en dos de sus estados: Lousiana y Nuevo Mexico, y en Guam (isla

perteneciente a EE. UU.), donde, a partir de una formación específica (característica propia de las profesiones y que se corresponde con la adquisición de incumbencias) en temáticas vinculadas a la psicofarmacología, los psicólogos son habilitados para prescribir psicofármacos. Esta corriente se hizo pública en 1984 cuando el senador de Hawai, Daniel Inouye, llamo a los psicólogos a prepararse para poder responder a la demanda creciente de psicofármacos. (Benito, 2008)

La postura planteada por este grupo, es aceptada desde la APA, como organización que rige desde sus normas, entre ellas éticas, la conducta de los psicólogos, en 1989, dando lugar al desarrollo de una aurícula orientada a formar a los psicólogos con conocimientos en psicofarmacología. (Muse, 2007) Este hecho basándose en la posición de que los psicólogos están preparados para diagnosticar y tratar enfermedades mentales, y que, con una preparación adicional, podrían ser expertos en recetar los fármacos relevantes (Benito, 2008). Así mismo el Departamento de Defensa Norteamericana inició un programa para formar psicólogos en esta área que puedan recetar medicamentos. El mismo se aplica actualmente en los territorios antes mencionados.

En la actualidad hay más de cincuenta psicólogos que están prescribiendo sin que se haya presentado incidente alguno y hay cientos de profesionales cursando el postgrado necesario para obtener el título de “psicólogo medico”, una nueva especialidad en psicología. (Benito, 2008). Esta temática genera grandes controversias, tiene sus seguidores y sus detractores.

Pueden plantearse en torno a esto discusiones de tipo académico, relacionado al interrogante acerca de si la formación es suficiente y correspondiente para lograr esa competencia; legales, dado que implica una modificación en los códigos (ley de ejercicio profesional y reglamento de especialidades); y éticas, con respecto al beneficio o no que esto puede tener para los pacientes.

Si bien desde el aspecto social se impone una serie de obligaciones, que convocan al profesional a anteponer la norma (Calo,2001) , como es en nuestro país la obligación de acatar nuestra ley de ejercicio profesional, esto no impide pensar en la posibilidad de una ampliación de las competencias de los profesionales, del mismo modo que se consiguió en 1985.

Con respecto a la situación en nuestro país, el pasado 24 de noviembre de 2010, se aprobó por unanimidad la nueva Ley de Salud Mental (26.657), que de alguna manera trata el tema de la prescripción. Dicha ley, tuvo el aval de la Dirección Nacional de Salud Mental, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la OPS (Organización Panamericana de Salud), y plantea “un cambio de paradigma al reconocer el derecho a recibir atención integral de la salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria”, según su autor, el psicólogo Leonardo Gorbacz, ex diputado y actual asesor de la Jefatura de Gabinete (Diario Perfil, 26 de septiembre 2010). Quienes se manifiestan en desacuerdo son las asociaciones de psiquiatras, ya que la ley modifica atributos que hasta el momento eran exclusivos de los mismos.

La ley consta de 46 artículos, y entre las modificaciones más importantes se puede mencionar, la creación de un equipo interdisciplinario:

Art. 8: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes”.

Otra modificación importante que se plantea, refiere a que la disposición de internación debe cumplir entre otros requisitos con la “firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra”.

En relación a la temática específica de la medicación, el artículo 12 plantea: “La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios”.

La aprobación del proyecto de ley, coloca en el centro del debate la temática de la modificación de incumbencias y de la relación entre las distintas disciplinas en la práctica.

En este marco, cobra importancia la posibilidad de conocer la opinión de los estudiantes de psicología y de los profesionales de la salud,

profundizando en las implicancias éticas, legales, académicas que podría llegar a tener la posibilidad de que en un futuro se amplíen las incumbencias del psicólogo permitiendo que prescriba psicofármacos. La temática ya ha sido investigada en Argentina por Ezequiel Benito (2008) integrante del Proyecto COBAND y del Centro de Investigaciones sobre Formación y Entrenamiento en Psicología, quien sondeo la opinión de los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires; con respecto a los alumnos y profesionales egresados de la Universidad Nacional de Mar del Plata no existen datos similares.

Así mismo la cuestión de la posibilidad de prescripción se ha extendido en la actualidad a otras latitudes. Entre ellas se encuentran:

- Canadá donde un estudio realizado por St. Pierre E. y Melnyk W. (2004) sobre estudiantes y profesionales de ese país, marcó una tendencia favorable a que los psicólogos adquieran dicha competencia con una formación apropiada;
- España, revela este interés en la presencia en la mayoría de las carreras de psicología, del dictado de la asignatura “psicofarmacología”, así mismo en la bibliografía que puede encontrarse respecto a este tema (Sanz de la Torre, 1998);
- Chile, donde advierte el Mg Roberto Polanco (2007), que el interés despertado por este tópico es aún prácticamente nulo, considerando que la comunidad académica de su país debería sumarse al debate.

Con respecto a la denominación *privilegios de prescripción*, se aclara que en el marco de la presente investigación, es considerada inadecuada ya

que incluye la valoración de la posibilidad de administrar psicofármacos como un privilegio. Si en el trabajo se utiliza dicho término, es solo porque responde a una traducción literal de la forma en que se denomina en la bibliografía consultada: *prescription privileges*.

La temática de la investigación refiere a la actualidad de la profesión, abarcando aspectos sumamente importantes como la relación de la psicología con otras disciplinas, la formación académica y ética de los profesionales, y la relación de estos con las normas que guían su comportamiento profesional. Estos tópicos, refieren al correcto desempeño de la labor del psicólogo: “ en el campo de la psicología, las investigaciones referidas a la relación existente entre aspectos éticos, y aspectos de la regulación profesional y de la enseñanza, permitieron la construcción de un consenso acerca de que el buen desempeño en cualquier ámbito de la psicología descansará básicamente sobre dos pilares: el grado de conocimiento técnico instrumental adquirido y la posición ética desde donde dicho conocimiento sería instrumentado (Lindsay, 1996; Patterson, 2000; Ferrero, 2007)”.

La presente investigación plantea un interrogante que surge en las autoras a partir de la cursada de la materia Deontología psicológica, relacionado con las implicancias en distintos planos que puede tener la ampliación de incumbencias, centrándose en la opinión de aquellos que conforman el colectivo profesional y quienes lo conformaran. Dicho interrogante, abarca cuestiones que se relacionan directamente con la reflexión ética que refiere a un posicionamiento crítico respecto de las

normativas vigentes en Argentina, que excluyen en la actualidad la posibilidad de que el psicólogo medique. Con respecto al accionar del mismo, se considera de importancia que no se guíe por el mero respeto y acatamiento a las normas vigentes, sino que logre el posicionamiento crítico que lo lleve a la asunción voluntaria de su responsabilidad (y no por temor al castigo por violar el código y/o leyes de ejercicio profesional).

1.2 Enfoque Teórico

La Deontología puede entenderse como un instrumento, como un medio que puede ayudar a encauzar y humanizar las labores, no solo científicas, que desempeña el ser humano, contribuyendo así a crear un mundo realmente al servicio del hombre. Específicamente en relación a las disciplinas científicas, es la encargada de velar para que la ética y el humanismo avancen al unísono con el progreso científico y técnico (López Guzman; Aparisi Miralles, 1994)

Son los colegios profesionales, los encargados de sostenerla, fomentarla y salvaguardarla. Estos, son instancias reconocidas a través de los mecanismos legales gubernamentales, para mantener la deontología profesional entre sus matriculados. Para esto, se les dota de potestades disciplinarias para garantizar más directamente el recto ejercicio profesional, previendo normas penales propias de los profesionales. (Cantú Martínez, Moreno García, Rojas Marquéz, 2002)

Las normas precisas para el profesional se reúnen en los denominados Códigos Deontológicos de cada profesión. Estos constituyen una guía que persigue facilitar y orientar el buen cumplimiento de las normas

morales que impone una determinada profesión. Según Calo (2000), no hay práctica profesional e incluso no hay vida social sin normas, sin códigos. En el ámbito profesional, estos expresan el consenso sobre lo que es correcto, bueno en dicho marco y a su vez refleja las circunstancias socio geo históricas que influenciaron en su elaboración. Con esto se relaciona el hecho de que, un buen Código deontológico debe caracterizarse por su capacidad para admitir nuevas decisiones creadoras como respuesta a las progresivas necesidades y avances, que profusamente se producen en todos los ámbitos del saber. La eficacia de un código deontológico dependerá en gran parte de su capacidad para dar respuesta coherente a los problemas que se plantean en una concreta sociedad (López Guzman; Aparisi Miralles, 1994), por lo tanto reflejará las características de la misma en un momento determinado.

Es importante que el colectivo profesional al que se dirige el Código deontológico participe realmente en su elaboración, ya que si se impone desde instancias estatales sus normas dejan de poseer un carácter propiamente deontológico para convertirse en derecho positivo.

Por último se retoma una idea ya mencionada y que se desarrollará a lo largo del trabajo, y es que no se espera la mera sumisión del profesional a su código, sino que la formación ética sea la que guíe su práctica. Si bien constituyen guías para el comportamiento, no pueden sustituir el discernimiento del profesional que se encuentra en determinada situación. (Calo, 2000)

1.2.1 Definiciones de ética y moral.

Andrea Ferrero (2005), plantea que la dimensión ética en la psicología, ha experimentado un deslizamiento que va desde la reflexión filosófica en juego hacia una vertiente mayoritariamente deontológica. La autora vincula esto, al surgimiento de las carreras de psicología, con el consecuente establecimiento de códigos deontológicos regulatorios de la profesión. A pesar de esto, la reflexión filosófica con respecto a la dimensión ética, no se ha abandonado por completo, siendo sus conceptos de utilidad para entender los desarrollos posteriores en materia de deontología y ética profesional. Esto sucede especialmente con las nociones de “moral” y “ética”, que comúnmente se asocian al área de la deontología. La distinción entre estos términos es explicada de distintas formas por diversos autores. A continuación se citaran algunos, a modo de ejemplo.

López Gusmán (1994), define la ética como una ciencia práctica, de carácter filosófico que halla su objeto en la moral; es decir, considera los actos humanos en cuanto son buenos o malos. La moral en cambio, se ocupa de adecuar los actos humanos libres, con algunos criterios normas o leyes que derivan de la misma naturaleza del hombre. La ley moral es la norma o criterio que señala la bondad o maldad de los actos según estos se hallen o no en concordancia con los principios que rigen la naturaleza humana.

La filósofa española Adela Cortina (2003), plantea que desde el punto de vista etimológico ambos términos significan lo mismo ya que ética viene del griego *ethos*, y moral del término latino *mores*, y los dos vienen a querer

decir “costumbre” o “carácter”. Pero indica que, desde la filosofía, moral y ética indican dos niveles distintos de reflexión y de lenguaje. Por lo tanto siguiendo la reflexión kantiana, refiere la moral a la vida cotidiana y la ética sería la filosofía moral, es decir, aquella parte de la filosofía que se ocupa de la moral y tiene tres funciones con respecto a esta. La primera función es aclarar en qué consiste el fenómeno de lo moral; la segunda es, tratar de fundamentar la moral; y la tercera, tratar de aplicar lo que se ha ganado en el proceso de fundamentación, a la vida cotidiana.

Ricardo Maliandi (2009), plantea que el vocablo ética puede referir tanto al sustantivo que designa una disciplina, como a la forma femenina del adjetivo “ético”. El autor se centra en la definición como sustantivo, y establece que consiste en una tematización que tiene carácter reflexivo. La ética es una de las formas en las que el hombre se autoobserva, una operación que consiste en dirigir la atención hacia operaciones propias. Existen numerosas definiciones de ética, pero en líneas generales convergen en el concepto de la mencionada reflexividad de la misma. Si bien en el lenguaje corriente “ética” y “moral” parecen utilizarse como términos equivalentes, y así se pueden tomar si se considera la etimología, existe una convención bastante extendida que tiende a ver en la ética la disciplina (la tematización) y en la moral lo tematizado (por ejemplo las costumbres, los códigos de normas, etc.).

En síntesis, se puede afirmar que a grandes rasgos, las definiciones son similares, resaltando en todas ellas el carácter reflexivo de la ética, aspecto que será de importancia a lo largo de la presente investigación.

Tomando en consideración lo expresado por la cátedra de Deontología psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, el sustantivo moral se usa para referirse al conjunto de lo normatizado como bueno en cada época y lugar, mientras que ética designa la rama de la filosofía que tiene como tema al acto moral. Por otro lado, se diferencia el empleo de los términos como adjetivos, usándose moral para designar la relación del individuo con las normas aceptadas por un grupo humano en un tiempo histórico y en lugar geográfico determinado; y el adjetivo ética se aplica a la conducta del individuo que, a partir del ejercicio reflexivo, se posiciona críticamente frente a la norma y asume voluntariamente la responsabilidad sobre los efectos de su acto.

Tomando en cuenta estas definiciones se puede decir que, la noción de moral es congruente con las pautas que consideran como bueno o malo, aprobable y reprobable cierta situación o comportamiento, y ética, con la idea más ligada a la reflexión autónoma del sujeto frente a estas pautas.

Esto se vincula con el motivo de la investigación en la medida en que, a través del tema de los privilegios de prescripción, se busca generar un pensamiento reflexivo vinculado a las normas existentes y a posibles cambios. Siempre dejando en claro que el pensar acerca de las normas y sus alcances no implica un pasaje al acto y la consecuente transgresión de las mismas. Sino más bien siguiendo a Foucault y tomando en cuenta la noción de tecnologías del yo, que invitan al hombre a actuar sobre sí mismo para mejorarse y teniendo en consideración el concepto de intersticios que habla de la posibilidad del sujeto de producir sus propios saberes o

pensamientos mas allá de lo que encuentra en la realidad como natural e impuesto. A partir de esto, se invita a generar una pregunta en el marco del ámbito de la psicología, y específicamente en cuanto a la deontología psicológica, acerca de algo que nos atañe (no solo como una simple ampliación de incumbencias), sino como un proceso que tiene efectos sobre la comunidad psicológica: el nivel académico o de formación en nuestras facultades, el ámbito legislativo, cuestiones de macro contexto como el sistema de salud argentino, y por último, pero no menos importante la ética vinculada con el principio de no maleficencia y de beneficencia sobre los pacientes.

Podemos decir que este debate se encuentra en estado embrionario en la Argentina, pero se comienza a ver sus indicios en los cambios planteados en la nueva ley de salud mental (Ley 26.657) recientemente sancionada, que no solo apunta hacia otras incumbencias que están más ligadas a la interdisciplinariedad, sino que comienza a mostrar la entidad que va cobrando el psicólogo dentro de los equipos interdisciplinarios. Con la nueva legislación cobra mayor importancia la figura del psicólogo, colocando su labor en el mismo plano que la del psiquiatra.

Por último, cabe aclarar que las autoras no poseen opinión tomada sobre esta cuestión y que la investigación no debe ser entendida como una posición favorable o desfavorable frente al tema. Lo que motiva el trabajo es la búsqueda de conocer como en nuestra comunidad, tanto estudiantes como profesionales que se desempeñan en áreas como la clínica, la investigación o la docencia, pueden pensar a través de esta posibilidad (que

en otros lugares del mundo ya es una realidad) sobre su rol, su identidad, sus capacidades y sus límites como psicólogos.

1.2.2. Conceptos de ética y moral en la obra de Kant, Nietzsche, Foucault.

A continuación se expondrán las posturas de tres autores considerados de los más importantes de la filosofía Occidental, y muy influyentes cada uno en su tiempo. A su vez, pueden establecerse similitudes y diferencias entre sus teorizaciones.

Immanuel Kant, plantea que entre otras formas de actividad espiritual existe una, a la que llama “conciencia moral” resucitando un término utilizado por Aristóteles, que contiene dentro de sí una serie de principios en virtud de los cuales los hombres rigen su vida. Es un hecho de la vida humana real y efectivo en tanto contiene principios racionales tan evidentes y tan claros como pueden ser los principios del conocimiento. Por lo tanto los llama legítimamente razón; es la razón aplicada a la acción, a la práctica, aplicada a la moral. Un análisis de estos principios morales, lleva a los calificativos morales (bueno, malo, moral, inmoral, etc.) los cuales sólo pueden predicarse del hombre, de la persona humana. Esto se debe a que cuando el hombre hace algo, se distinguen dos elementos: lo que el hombre hace efectivamente y lo que quiere hacer. Los calificativos morales, se refieren a esto último; es decir, a la voluntad del hombre. Los predicados bueno, malo, corresponden estrictamente a lo que el hombre quiere hacer; no podemos calificar de esta manera un acto si la persona por ejemplo hace lo que no quiere hacer (García Morente, 1938).

El concepto de voluntad se vincula con los imperativos hipotéticos y categóricos. Todo acto voluntario se presenta a la razón en forma de imperativo; aparece a la conciencia en la forma de un mandamiento. Existen dos tipos de estos: los hipotéticos, los cuales sujetan el mandamiento mismo a una condición y los categóricos donde el mandamiento impera incondicionalmente de un modo total y absoluto. (García Morente, 1938). Kant llama imperativos a las reglas objetivas que, en cuanto deberes, obligan a la acción, mejor que otra. Pero cuando estos imperativos se hayan regidos por la obtención de la materia previamente deseada, habrán de considerarse como hipotéticos, siendo la materia deseada la hipótesis o condición, y por ende carentes de significado moral en la medida que no nos permiten encontrarnos con una verdadera autonomía moral puesto que la voluntad se haya determinada por una por una regla impuesta por la materia empírica. Mientras que cuando la voluntad se limite a sí misma, eliminando toda materia y actuando en virtud de su propia forma, es decir, la universalidad y necesidad de su mandato, la regla se convertirá en ley moral. (Bueno, 1996)

Una distinción importante a los fines de la presente investigación, es la que Kant efectúa entre moralidad y legalidad. Según Maliandi (2009) Kant definió la moralidad como lo que caracteriza a las acciones realizadas por “deber”, por respeto a la ley mientras que la legalidad alude a la mera conformidad con la ley. Sin embargo, no basta con que una acción sea legal para que sea moral. “Decimos que un acto moral tiene pleno mérito moral, cuando la persona que lo verifica ha sido determinada a verificarlo

únicamente porque ése es el acto moral debido” (García Morente, 1938 p.87). Es decir que el hecho de realizar cierta acción por temor a un castigo o a la expectativa de una recompensa, no posee valor moral. En estos casos, el imperativo categórico se ha convertido en hipotético: si no quieres sufrir un castigo, no cometas determinado acto. En conclusión, para Kant una voluntad es plenamente moral si se rige por imperativos categóricos, y establece, la fórmula del imperativo categórico o ley moral universal: obra de manera que puedas querer que el motivo que te ha llevado a obrar sea una ley universal (García Morente, 1938).

Otra distinción importante es la efectuada entre autonomía y heteronomía de la voluntad. El primer concepto, refiere a la voluntad que se da a ella misma su propia ley mientras que la voluntad heterónoma es aquella que recibe pasivamente la ley de algo o de alguien que no es ella misma. Pero la pregunta es ¿Por qué ajusta ese hombre su conducta a la ley? Lo meritorio no es ajustar la conducta a cierto precepto, sino el por qué se ajusta. El deber pasa a ser un concepto central en la obra de Kant, donde la cuestión decisiva de la ética no es tanto la de qué debemos hacer, sino también la del sentido del deber como tal (Maliandi, 2009). En tanto en el ámbito de la psicología la ley está representada por los códigos deontológicos y leyes de ejercicio profesional, se puede pensar la actitud del profesional ya sea desde una posición heterónoma como desde una autónoma. Al respecto, no se espera que el mismo mantenga una actitud de sumisión ante las leyes que rigen su actividad, sino que sea su formación ética la que guíe su práctica. La posición ética es la expresión de la

capacidad de autonomía y del grado de desarrollo moral alcanzado por el profesional (Calo, 2000).

Otro de los autores, Michael Foucault delimita el alcance de la palabra moral considerándola bajo tres aspectos: como código o aparato prescriptivo, el cual se constituye con valores o reglas de acción propuestos por individuos o instituciones; el comportamiento real de los individuos, que es el conjunto de conductas realizadas en relación con el código; y la relación con uno mismo, que es la disposición que cada individuo tiene hacia el código. Al optar por diferentes maneras para actualizarlo conformamos nuestras subjetividades, estos procedimientos para constituirnos en sujetos morales son las formas de subjetivación o tecnologías del yo. (Díaz, 1990) En resumen, según Sossa Rojas (2010) en su texto *Foucault y el cuidado de sí*: “El sujeto ético es aquel que pretende hacerse a sí mismo”.

Con respecto al concepto de Ética, Esther Díaz (1990) plantea que en las morales en las que el elemento fuerte se basa en las prácticas de sí, el código puede ser rígido o flexible, pero el acento se pone en el modo de relacionarse con uno mismo, estas son las morales que se orientan a la ética.

Foucault plantea una ética que se vincula con una práctica reflexiva, la cual ayuda a forjar la subjetividad propia e inclusive el ejercicio de la libertad. El cuidado de sí mismo apunta a un conocimiento propio, supone un esfuerzo por apropiarnos y regir nuestra vida. (Sossa Rojas, 2010). Es por esto que Foucault llama estética de la existencia a las técnicas de modelamiento de uno mismo con el fin de plasmar en la vida personal un

ideal de belleza, la vida misma es una preocupación estética, un material a modelar, una forma a diseñar. (Abraham, 2000).

El individuo ético es aquel que establece una relación lo más independiente posible de las demandas exteriores e insiste en una soberanía sobre sí. Foucault dice: “el control, el auto-control, es una prueba de poder y una garantía de libertad” (Foucault citado por Sossa Rojas, 2010). Estas ideas como se dijo, se vinculan con el ejercicio de la libertad lo cual puede pensarse coincidente con lo planteado con Kant acerca de la libertad de la voluntad y la noción de autonomía.

Por último, Friedrich Nietzsche anuncia en el Prólogo de la *Genealogía de la Moral* que su indagación, refiere a “*todo lo que hasta ahora se ha ensalzado en la tierra como moral*” (Nietzsche citado en Marquisio 2007).

Nietzsche considera que debería ponerse fin a toda moral (Marquisio, 2007). En su libro *Genealogía de la moral* enuncia: “necesitamos una crítica de los valores morales, hay que poner alguna vez en entredicho el valor mismo de esos valores, y para esto se necesita tener conocimiento de las condiciones y circunstancias de que aquellos surgieron, en las que se desarrollaron y modificaron” (Nietzsche, 1887 pp. 15).

Lo bueno para Nietzsche son ideales que pueden definirse como la fuerza, la vitalidad, el orgullo, aquellos que afirman la vida como voluntad de poder. Es el querer lo que libera en Nietzsche y no el deber sustentado en la razón (Diaz Genis, 2004).

Nietzsche realiza una crítica de la moral planteada por Kant, según

Díaz Genis (2004): “La moral de Kant es reactiva y está en el marco del ideal ascético. Esto significa entre otras cosas, que es una moral cristiana. Una moral decadente, que esconde una profunda negación a la vida, el placer, al cuerpo, la fuerza, la vitalidad”.

Reforzando lo anteriormente dicho, en *Genealogía de la Moral* él plantea una autocontradicción que se da en la vida del asceta que “vida contra vida”, el ideal que domina al ascetismo nace del instinto de protección y de salud. Sin embargo, ocurre para él lo contrario, el ideal que domina al hombre es la lucha enfermiza que se expresa en la lucha fisiológica del hombre contra la muerte. (Nietzsche, 1887).

En resumen, lo que en esta moral aparece como bueno, aparece como lo malo y lo malo como lo bueno, resultado de una transvaloración, lo que supone el triunfo del ideal ascético (Díaz Genis, 2004). Puede ejemplificarse esto a través de una cita de *Genealogía de la moral* pp. 38-42 (1887): “el noble, quien concibe el concepto fundamental “bueno” (...) en base a sí mismo y solo a partir de él se forma una idea de “malo”. Este malo de origen noble y aquel “malvado” salido de la cuba cervecera del odio insaciado (...)”. Con esto establece la distinción entre dos concepciones de la moral: la de los esclavos y la de los nobles o amos. Esta es una moral basada en el resentimiento.

Nietzsche plantea la eticidad y la autonomía como conceptos mutuamente excluyentes. El ser autónomo es el hombre liberado de lo denominado por la eticidad de la costumbre, es un individuo soberano, igual solamente a sí mismo, de duradera voluntad propia e independiente.

(Nietzsche, 1887 pp. 60-61).

En relación al tema de investigación, se tomarán ciertos conceptos de estos autores de manera privilegiada por sobre otros expuestos, dado que permiten dar forma al material a analizar.

Con respecto a Kant, sus conceptos de heteronomía y autonomía. Se puede entender que existen en el mundo de los profesionales situaciones a las que hay que adaptarse pasivamente, como lo es la ley de ejercicio profesional, dado que rigen nuestra sociedad y no tenemos como opción la transgresión de las mismas. En este punto cobra sentido la idea que contrarresta la anterior que es la de autonomía, que no implica estar por fuera de la norma, sino el hecho de adaptarse a ella por un sentido de deber o un sentido moral y no solo por acatamiento. En este sentido es que puede plantearse una postura autónoma frente a la norma tratando de comprenderla y aprehenderla e incluso cuestionarla y no solo aceptarla.

Si bien las posturas de Foucault y Nietzsche pueden considerarse contrarias a la de Kant, también pueden analogarse y permitir discurrir en una línea teórica congruente a pesar de las diferencias entre los autores. Se puede pensar la cuestión de la autonomía, ligada a la idea de Foucault acerca del concepto moral, específicamente cuando lo define como la disposición del individuo hacia un código prescriptivo. Siendo esta una moral en algún punto similar a la planteada por Kant, dado que se aleja de una aceptación sin cuestionamiento y se acerca a una relación reflexiva que permita la misma o no. Digamos que en este caso legalidad no tendría necesariamente que ser equivalente a moralidad.

Por último, Nietzsche a través de su crítica de todo lo que se ha considerado como valores morales, invita a salir de alguna forma de lo que se halla naturalizado como “bueno” o “malo” y pensar libremente sobre los que nos acontece, se nos presenta y se nos impone. Destaca él la autonomía, definida como aquella ligada a una voluntad duradera e independiente. Si bien su concepto de eticidad difiere del Foucault así como su concepto de moral difiere del de Kant, al apartarse del concepto en sí mismo y de las definiciones puntuales que cada uno de estos autores dan a dichas palabras, se pueden encontrar en todos ellos un hilo conductor. Este permite enlazar lo que se ha planteado desde el comienzo con respecto a la reflexión, el pensamiento libre y la construcción subjetiva de nuevas preguntas e ideas que den lugar al perfeccionamiento como sujetos en el sentido que lo expresa Foucault.

Ese hilo conductor puede encontrarse en cuestiones subyacentes a estos tres autores que permiten fundamentar filosófica y epistemológicamente desde donde las autoras se realizan esta pregunta y la realizan a otros, que es puramente desde el pensamiento libre que permita acercarse a un crecimiento subjetivo que proviene solo del intento de querer actuar sobre uno mismo haciendo uso de la plena autonomía como sujetos.

1.2.3 Desafíos actuales en psicología: la prescripción de psicofármacos.

Como ya se mencionó anteriormente, existe a nivel mundial un movimiento del que poco se conoce en Argentina actualmente, que involucra a los psicólogos en cuanto a sus competencias y que plantea una pregunta

acerca de las mismas, vinculada a la posibilidad de que los profesionales del área de la psicología puedan administrar psicofármacos. Este es denominado “movimiento de la prescripción” y se refiere a un grupo de psicólogos que reclaman la capacidad legal para prescribir psicofármacos (Benito, 2008).

Este movimiento tuvo sus orígenes en los Estados Unidos, y el debate planteado por el mismo, hizo eco en numerosos países en donde se ha comenzado a discutir la pertinencia o no de la prescripción por parte de los psicólogos.

El mencionado debate, no sólo abarca el cuestionamiento de la posibilidad de que en la práctica los psicólogos puedan medicar, sino que también incluye la interrogación acerca del lugar que ocupan los psicofármacos en los tratamientos psicoterapéuticos y la concepción que los profesionales tienen de los mismos y de su uso.

En relación a lo anteriormente mencionado, en su libro *Psicofármacos y salud mental* Galende (2008) plantea el lugar de la psiquiatría y su modelo de tratamiento en la actualidad. Establece su posición a través del relato de los acontecimientos que llevarán hasta la consecución de la postura denominada “salud mental”. Si bien la descripción realizada por el autor se remonta siglos atrás, se toma como referencia a partir del siglo XIX para no extenderse demasiado en un tema con el que solo se busca reflejar la existencia de posturas contrapuestas a las de la psiquiatría y la psicofarmacología contemporáneas.

A partir de siglo XIX la psiquiatría no deja de recibir críticas y

denuncias, en este momento un movimiento conocido como “los psíquicos”, conformado por psiquiatras que no trabajaban en manicomios, cuestionaban los fundamentos del pensamiento objetivista de la psiquiatría y sus métodos de tratamiento.

A comienzos del siglo XX, el movimiento Open Door en Estados Unidos y luego la Higiene Mental, renuevan y profundizan la antedicha crítica con el fin de lograr la apertura de asilos, limitar internaciones y cuestionar las prácticas de los psiquiatras.

Recién en la década de los ´60 será cuando surja la anti psiquiatría. El objetivo de todos estos movimientos será poner en cuestionamiento la legislación sobre enfermos mentales y las políticas de salud que no integraban la atención psiquiátrica en una red de servicios de salud.

El autor no plantea una crítica directa a los psicofármacos e inclusive reconoce sus bondades en algunos casos, lo que plantea está vinculado con una crítica que apunta a los usos de poder disciplinario, la función social de la disciplina, las formas sociales de aceptación y reconocimiento de la sociedad de disciplinas como la psiquiatría que son formadoras de imaginarios sociales.

En *El sufrimiento mental* al referirse a los psicofármacos, Galende y Kraut (2006) plantean: “no me caben dudas acerca de la de la eficacia y el beneficio que para el sufrimiento de los pacientes significan los nuevos psicofármacos y el conocimiento sobre sus mecanismos de acción (...) nada justificaría prescindir de ellos para producir alivio a su dolor psíquico, atenuar su depresión o mejorar su sueño [refiriéndose a la persona que padece

trastornos mentales]. Pero el problema del sujeto que padece un trastorno mental no puede detenerse allí: lo que su estado psíquico expresa exige el esfuerzo de la comprensión y de su inscripción en el drama de las fuerzas de la vida (...)

Culminan esta temática exponiendo su parecer sobre la influencia de la medicación, la cual si bien resulta ser un elemento que permite ayudar en el momento de sufrimiento e inclusive ser útil para lograr diálogo y reflexión en la relación terapéutica “puede también servir a la imposición de un poder coercitivo para dominar a un sujeto cuyo comportamiento no se adecue al orden y la disciplina que la vida social e institucional exige”.

En relación con todo esto él plantea dos desafíos para la salud mental, uno de ellos es la comprensión, anteriormente mencionada, de la persona a la que trata de brindársele ayuda, así mismo como una comprensión en otro sentido, que es el de la disciplina con la que se interactúa, en este caso puntual la psiquiatría, para saber que determinación ejerce sobre el sujeto que padece sufrimiento mental.

La postura de Galende supone la mirada de la enfermedad mental desde la producción de la misma como efecto de determinantes sociales y culturales, de atravesamientos y determinaciones que provienen de sistemas sociales e ideológicos como pueden ser en este caso la anteriormente nombrada disciplina de la psiquiatría.

En *De un horizonte incierto*, Galende (1997) expresa que la patología de la subjetividad actual y los rasgos que esta presenta son expresiones de una adaptación a los requerimientos de la vida social y actual que resulta en

un acoplamiento de estos individuos a aspectos dominantes de su cultura. Es por esto que él plantea imposibilidad de comprender la enfermedad mental de la época solo como modalidades patológicas y como alternativa, propone poner “entre paréntesis algunas categorías psicopatológicas para poder comprender la producción de estos rasgos subjetivos desde dominancias culturales”.

En conclusión, si bien Galende no se opone directamente a la psicofarmacología, por la visión social y cultural que tiene de la producción de la enfermedad, se puede inferir que solo esta herramienta de trabajo que es la medicación, no le resulta suficiente para resolver el sufrimiento mental, e inclusive en ocasiones le resulta funcional a los atravesamientos y naturalizaciones que intenta denunciar.

1.2.4 La experiencia estadounidense.

Particularmente en dos de los estados americanos: Lousiana y Nuevo Mexico, y en Guam (isla perteneciente a EE. UU.), a partir de una formación específica, los psicólogos quedan habilitados para prescribir psicofármacos. Esto, involucra cuestiones de diferentes tipos.

En primer lugar, se plantean cuestiones académicas referidas a la suficiencia de la formación de los profesionales en miras a la posibilidad de prescripción. Con respecto a la formación de los profesionales psicólogos en el área de la psicofarmacología y con perspectiva de poder prescribir, se crea en 1989, a partir de una ley promovida por el senador hawaino Inouye, el Proyecto de Demostración de Psicofarmacología (PDP) a través del cual

diez psicólogos reciben formación para prescribir dentro del ejército. (Benito, 2008). En 1991, comienza la aplicación del programa con cuatro psicólogos. Este programa inicial consistía en dos años de cursos a tiempo completo y equivalía esencialmente a los dos primeros años de estudios en medicina y requería de la cumplimentación de 1365 horas de clase por parte de los postulantes. En la segunda y tercera cohorte este requisito disminuirá a 640 y 660 horas, reduciendo un año entero del programa. La importancia de esto es que se crearan cursos específicos consistentes con el PDP, lo cual explicitaba que la formación en medicina tradicional no era el camino que debían seguir los psicólogos que se estaban formando para prescribir. (McGrath, 2007)

En 1992, se da un hito dentro de este movimiento que es la creación del Registro de Psicólogos que prescriben, que comenzó a formar psicólogos en psicofarmacología. Por su naturaleza polémica, el programa había sido sometido a cuatro evaluaciones diferentes las cuales fueron sistemáticamente positivas y quedó demostrado que los psicólogos pueden ser formados para prescribir de manera segura. (McGrath, 2007)

En 1995, la APA creará un grupo de trabajo destinado a desarrollar las directrices para la formación posdoctoral en psicofarmacología (Benito, 2008). Estas directrices sugieren 350 horas de clases y ciertos contenidos concretos en las temáticas de: neurociencias; investigación y clínica en farmacología y psicofarmacología; fisiología patológica; introducción a la evaluación física y exámenes de laboratorio; y farmacoterapéutica (McGrath, 2007). Además estas directrices recomiendan a los psicólogos que

colaboran o prescriben, seguir entre otros, los siguientes principios:

- Ø Suficiente formación y entrenamiento para ser competentes.
- Ø Auto conciencia de las emociones y actitudes con respecto a la medicación.
- Ø Conocimientos de los efectos adversos potenciales (de la medicación)
- Ø La evaluación y el tratamiento se conciben desde una perspectiva bio-psico-social. (Wautier, Tolman, 2007)

La presencia de un marco de trabajo aceptado en general para la formación estimuló el desarrollo de nuevos programas en el sector civil, creándose programas de formación en diversas universidades de Estados Unidos. (McGrath, 2007)

Actualmente existen dos niveles de categorización práctica para los psicólogos que completan un programa posdoctoral en psicofarmacología. El nivel 1 supone una formación con ciertos contenidos básicos. El nivel 2 permite a psicólogos consultar con médicos y otros que prescriban psicofármacos. Con el nivel 3 el psicólogo se convierte en un profesional con capacidad de prescribir independientemente. (Benito, 2008)

Con respecto a la validación a nivel nacional de los conocimientos, en 1997 el Consejo de APA solicitó que el Colegio de Psicología a nivel nacional desarrollara un examen que permitiera tener constancia de que los psicólogos formados para prescribir poseían ciertos conocimientos básicos comunes y que los Estados solicitaran esta certificación para brindar el derecho a prescribir a aquellos que hubiesen cumplimentado exitosamente

dicha examinación (Wauitier, Tolman, 2007).

El examen antes mencionado, que es necesario para acreditar las competencias que presenta el psicólogo médico, ha sido incluido en los estatutos de ley de Lousiana y de Nuevo México. (Wauitier, Tolman, 2007)

En segundo lugar, se plantean cuestiones legales. Con respecto a Lousiana, en 2004, el gobernador del Estado firmo el Estatuto de Psicólogos Médicos, que autorizaba a estos, psicólogos debidamente formados, a prescribir medicaciones para el tratamiento de trastornos psiquiátricos. (De Leon, Quillin, 2007)

La ley de Lousiana que autoriza en la práctica a los psicólogos, declara que exceptuando en la parte dos del capítulo 28 (referido a psicólogos) nada de este capítulo debe ser considerado como permiso para prescribir o administrar drogas. Esto se halla previsto en la parte dos, titulada como “psicólogos médicos”, los cuales son definidos por esta ley como aquellos psicólogos que han atravesado un enterramiento especializado en psicofarmacología clínica y que han pasado el examen nacional aprobado por el Consejo o Junta y que tenga del mismo el correspondiente certificado de responsabilidad.

Se plantea también una renovación de este certificado, para la cual el psicólogo deberá presentar evidencia de que ha cumplimentado treinta horas anuales de educación continua, determinado por la Junta o Consejo como relevante para el tratamiento farmacológico de desordenes mentales y emocionales.

Además dice la ley que toda prescripción que haga un psicólogo

médico deberá: estar de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales y federales; ser identificada como determinada por un psicólogo médico y contar con su número de identificación; prescribir solo en colaboración y consulta con el médico clínico del paciente, esto también para hacer cualquier ajuste en la medicación; si el paciente no tuviera un médico el psicólogo médico no deberá prescribir medicación a dicho paciente.

Tras la implementación de este estatuto y con la promulgación y publicación del decreto que lo regula por el Consejo de Examinadores de los Psicólogos de Lousiana, los psicólogos médicos empezaron a ejercer esta extensión de la práctica (De Leon, Quillin, 2007).

En cuanto a Nuevo México, este se convirtió en el 2002 en el primer Estado en aprobar la ley de prescripción por parte del los psicólogos. Su proyecto de ley exige una formación adicional, la cual se acordó entre la Sociedad Médica de Nuevo México y el Consejo de Farmacia. Esta ley exige 450 horas clínicas, pasar el Examen de Psicofarmacología para Psicólogos y dos años de experiencia práctica supervisada. Si los resultados de este proceso son satisfactorios el psicólogo puede prescribir de forma independiente, a diferencia del plan de Lousiana que exige colaboración/aprobación continuada del médico, aun después de aprobar los requisitos exigidos. (Wautier, Tolman, 2007)

La ley de práctica del psicólogo que prescribe de Nuevo México, postula que el psicólogo debe limitar su práctica y supervisión a áreas de competencia que ha ganado en función de su educación, entrenamiento y experiencia. Prohíbe una serie de condiciones (una enfermedad comorbida

del sistema nervioso central, pacientes con arritmia, que sean tratados por enfermedades vasculares-coronarias, hospitalitos en una condición aguda o mujeres embarazadas o en período de lactancia) que pueden presentar los pacientes, en las cuales el psicólogo no puede prescribirle medicación. El psicólogo tampoco puede prescribir drogas que se hallen fuera del formulario descrito para tal fin. El certificado que se brinda a los psicólogos que pueden prescribir debe ser renovado, presentado la información requerida por la junta (entre ella seguro de mala praxis) y pagando la tarifa establecida para el mismo.

Por último, se plantean cuestiones éticas. En Estados Unidos, solo una minoría de los psicólogos muestra una reacción muy negativa, similar a la que hace varias décadas tuvieron algunos psicólogos cuando se proponía que éstos podrían realizar psicoterapia, además de los psicodiagnósticos.

En cuanto a datos concretos, se demostró que en dicho país, los psicólogos prescriben el 13% de las veces, optando en su lugar por otros tratamientos psicológicos, mientras que los psiquiatras prescriben más del 88% de los casos para la misma población de pacientes (Benito, 2008).

También aparece como significativo el apoyo de la Asociación Americana de Psicología con respecto a esta ampliación de la práctica. (Wauitier, Tolman, 2007)

1.2.5 Argumentos a favor y en contra para la administración de psicofármacos por psicólogos.

Quizás la pregunta más importante por responder sobre este tema, es ¿Qué beneficios o perjuicios supondría para la población, el hecho de que

los psicólogos pudieran prescribir psicofármacos? Ante este interrogante, aparecen como es esperable, argumentos a favor y en contra, tanto de los profesionales psicólogos como de los médicos psiquiatras. (Sanz de la Torre, 1998)

Algunos psicólogos ven la medicación como a la “enemiga” de la terapia y les preocupa cómo prescribir medicación podría alterar la identidad y la disciplina de la Psicología (Wautier, Tolman, 2007). Hay quienes piensan que la prescripción puede ser vivenciada como una amenaza a la identidad profesional, con pérdida de sus raíces y el peligro de convertirse en “mini- psiquiatras”. En relación a esto, quienes están a favor esgriman que no debe implicar necesariamente una crisis epistemológica en una ciencia suficientemente madura como es la psicología y tampoco se debe pensar una inevitable adscripción al modelo médico tradicional. (Sanz de la Torre, 1998).

Aparece también dentro de los argumentos de quienes están en contra de la prescripción por parte de los psicólogos una preocupación por la seguridad del paciente. Es evidente, que al igual que ocurre con la psicoterapia o con cualquier tratamiento, existen riesgos asociados; se debería analizar si las ventajas superan esos riesgos. (Sanz de la Torre, 1998) Los detractores afirman que no hay evidencias de que los patrones de prescripción de psicofármacos por médicos no psiquiatras sean problemáticos. Por parte de los seguidores del movimiento, estos plantean que es posible hallar datos que indican que los médicos no psiquiatras no medican en forma apropiada. (Benito, 2008).

Además de esto, hay quienes consideran que existen déficits en la educación y conocimientos de los psicólogos, que se convierten en obstáculos de suma importancia, poniendo en duda incluso, los programas de formación existentes en aquellos lugares donde la administración de psicofármacos por psicólogos se encuentra habilitada (Robiner y cols, 2003). En cambio, se postula a favor la formación a partir de programas posdoctorales, que continúan adaptándose para proporcionar una formación de alta calidad y para preparar a los profesionales para poder prescribir. Y el hecho de que los psicólogos usaran farmacoterapia dentro del contexto de un modelo bio-psico-social, orientado a un sistema integrativo, colaborador y holístico, en contraste con un modelo médico que ya no se considera muy efectivo. (Wauitier, Tolman, 2007)

También aquellos que están en contra del movimiento alegan que el campo no está preparado para este cambio, no teniendo gran apoyo entre los psicólogos, y el planteo de esta posibilidad para los psicólogos está vinculado con intereses particulares de algunos profesionales (Wauitier, Tolman, 2007). En relación con esto, se vincula el hecho de que no se ha podido controlar el mercado de prescripción de psicofármacos y la presencia de más profesionales medicando solo generaría un mayor problema de regulación (Benito, 2008).

Mientras que para los detractores estos argumentos constituyen claras razones para no aceptar la ampliación de incumbencias, los defensores del movimiento de la prescripción los entienden como riesgos que pueden ser minimizados con formación, responsabilidad profesional y la

estricta observancia de un código deontológico actualizado al respecto.

1.2.6 La temática de la prescripción en Argentina

En Argentina, un movimiento por la prescripción es aun una posibilidad lejana, sólo después de una reflexión al interior de la práctica del psicólogo, podrá comenzar a pensarse en la ampliación de la misma. (Benito, 2008)

En la actualidad en nuestro país no existen numerosos antecedentes de publicaciones vinculadas a esta temática.

Se ha desarrollado un estudio, cuyos objetivos comprenden la evaluación de la posibilidad de que un modelo de prescripción sea viable en Argentina en un futuro, a largo plazo. El mismo se realizó en la Universidad de Buenos Aires (UBA) y se denomina “opiniones de los estudiantes de psicología de la universidad de buenos aires sobre la prescripción de psicofármacos por psicólogos” y se realizó sobre una muestra de 400 estudiantes de esta universidad. (Benito, 2009)

De este estudio se desprende que:

- “una paridad en la evaluación de los argumentos a favor y en contra sobre los privilegios de prescripción por parte de los estudiantes de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Parecería que más allá de la posibilidad de medicar, se destaca un el alto nivel de conciencia acerca de la necesidad de una formación obligatoria en Psicofarmacología, lo cual podría ser como un dato favorable si se considera que esto implicaría cierta conceptualización interdisciplinaria de la práctica”

- “se puede observar una actitud favorable hacia la medicación en tanto no se la ubica a priori contrapuesta a los efectos de la psicoterapia”

(Benito, 2009)

Estos resultados permiten entonces una primera aproximación al problema de la prescripción de psicofármacos por psicólogos en Argentina y sus posibilidades de debate futuro. (Benito, 2009)

Lo que se plantea nuevamente la necesidad de una interacción entre el psicólogo y el corpus deontológico que regula su práctica (Calo, 2001). Si bien la práctica que se plantea no se halla contemplada en este corpus, el hecho de que exista, como ha existido en el pasado, la posibilidad de ampliar las competencias e incumbencias del psicólogo no impide interrogarse por esta temática, por supuesto siempre desde la postura de respeto a las normativas existentes pero con posibilidad de reflexión frente a las mismas.

Dentro de la declaración de principios del Código de Ética de Fe.P.R.A. se encuentra el de “competencia”, el cual afirma que: “los psicólogos se comprometen a asumir niveles de idoneidad en su trabajo, reconocen las fronteras de sus competencias(...)los psicólogos mantendrán actualizados en el conocimiento científico y profesional”. Otro de los principios refiere al “compromiso profesional y científico”: “en su trabajo, asumirán sus responsabilidades profesionales, a través de un constante desarrollo personal, científico, técnico y ético”. El principio de “integridad” plantea: “los psicólogos se comprometen a promover la integridad del quehacer científico,

académico y de práctica de la psicología”. El principio de “responsabilidad social”: “los psicólogos ejercen su compromiso social a través del estudio de la realidad y promueven y/o facilitan el desarrollo de leyes y políticas sociales, que apunten desde su especificidad profesional, a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo y la comunidad”.

El plantear estos principios está dirigido a proyectar interrogantes acerca de la prescripción como competencia posible de los psicólogos. Si vemos la idea de competencia como algo que se adquiere a partir de la formación universitaria, y esta última como algo que, puede generar, a partir de su ampliación, mayores incumbencias y campos de acción.

La idea de compromiso profesional y científico puede pensarse en relación a esta posible ampliación de competencias, como una forma de desarrollo de nuestra profesión. Pero cuando se plantea lo ético y lo técnico, tal vez corresponda una discusión más profunda en cuanto a la forma ética de posicionarse frente a esta nueva “incumbencia”, ¿Cómo pensarían los psicólogos la prescripción siendo ellos mismos los que prescriben?

En relación al principio de integridad, uno de los argumentos en contra de este movimiento es la idea de que se puede llegar a perder la esencia de la profesión a través de la incorporación de una práctica de estas características, entonces, ¿posibilitar la prescripción como una competencia del psicólogo es consecuente con promover la integridad del quehacer científico, académico y de práctica de la psicología?

Por último, con respecto a la responsabilidad social, proponer una

ampliación de la ley de ejercicio profesional que contemple, con una formación diferencial, la posibilidad de que aquellos profesionales que lo deseen puedan tener la oportunidad de medicar, ya sea independientemente o no de un profesional médico, ¿apunta a la especificidad profesional y al bienestar de la comunidad? ¿o supone una desdibujamiento del rol y sería perjudicial para la sociedad?

Todas estas cuestiones merecen una discusión particular, trabajos de investigación al respecto, debates en el plano académico y ético, para tal vez en un futuro poder arribar recién a una reforma legal. Pero, si bien como dice E. Benito (2008) en su artículo, esto es en la actualidad de Argentina una posibilidad lejana, ya comienza a filtrarse en nuestros medios académicos la propuesta, lo que nos enfrenta a un nuevo debate acerca de las competencias e incumbencias del psicólogo.

El movimiento que comenzó a gestarse en torno a la prescripción por psicólogos debiera ajustarse a un debate hacia el interior de la disciplina en cuanto a la conveniencia o no de incluir esta nueva competencia. Ello implica que el debate se aleje de intereses ajenos como puede ser el interés de los laboratorios ante la insuficiencia de psiquiatras en la actualidad. Esto se viene poniendo de manifiesto y se ha explicitado en los últimos congresos de psiquiatría a nivel nacional e internacional.

1.3 Objetivos de investigación.

Objetivos generales:

- Conocer la opinión de los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y de los profesionales psicólogos de la

ciudad, acerca de la posibilidad de prescripción de psicofármacos por parte del profesional psicólogo.

- Analizar complementariamente las posturas del colectivo profesional y del grupo de estudiantes acerca de la temática planteada.

Objetivos particulares:

- Plantear el debate acerca de la posibilidad de la ampliación de las incumbencias del psicólogo en Argentina tanto en el plano académico, legal como ético.
- Detectar los principales argumentos a favor y en contra esbozados tanto por los estudiantes como por los profesionales, con respecto al suministro de psicofármacos por parte del psicólogo.
- Analizar dentro de los argumentos esgrimidos por los profesionales, la influencia sobre los mismos, de las diferentes corrientes teóricas a las que adhieren

SEGUNDA PARTE

METODOLOGÍA

2. Metodología

El término metodología designa el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas. Nuestros supuestos, intereses y propósitos nos llevan a elegir una u otra metodología (Bogdan y Taylor, 1986).

En la presente investigación, para conocer la opinión de los estudiantes de psicología, se realizó la réplica de una investigación realizada en la Universidad de Buenos Aires en el año 2008. Se utilizó el mismo instrumento que en la misma, una escala con formato Likert, cuyos resultados se presentarán en una distribución de frecuencias. Al final de la misma se incorporó una pregunta, que no estaba presente en la investigación original. Se pidió que sea respondida en forma breve y consistió en: *“¿Qué competencias cree que tendría que tener el psicólogo para poder prescribir psicofármacos y que implicaciones éticas cree que traería para la profesión?”*. El fin de esta incorporación fue obtener elementos que permitan conocer no sólo la posición a favor o en contra si no también el estilo de argumentos utilizado por los estudiantes. Se combinaron así, métodos cuantitativos y cualitativos para aumentar la comprensión del fenómeno.

El término triangulación metodológica fue usado originalmente en los círculos de navegación por tomar múltiples puntos de referencia para ubicar una posición desconocida. En investigación, convencionalmente se asume que este término se refiere al uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto. Es definida de diferentes formas por distintos autores, pero

puede decirse que implica el uso de al menos dos métodos, usualmente cualitativo y cuantitativo, para direccionar el mismo problema de investigación. Existen diferentes tipos de triangulación, de datos, de investigador, teórica y metodológica. Este último tipo de triangulación fue utilizado en la investigación, a los fines de abordar un mismo fenómeno (opinión de estudiantes y profesionales) a partir de diferentes métodos de evaluación de los participantes.

Con respecto a la investigación cuantitativa, esta hace referencia a aquellas investigaciones que producen hallazgos a los que se llega por procedimientos estadísticos u otros medios de cuantificación (Corbin J y Strauss A, 1991). Su metodología una amplia gamas de instrumentos que permiten medir el fenómeno a investigar. Entre ellos son de uso común las escalas para la medición de actitudes como por ejemplo la escala Likert, la Thurstone, la escala Guttman y la Osgood.

En cambio la investigación cualitativa se refiere a aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Entre las diferentes estrategias que producen este tipo de datos se encuentran: las historias de vida, biografías, autobiografías, entrevistas en profundidad, etc. (Bodgan y Taylor, 1991).

2.1 Instrumentos

La escala Likert es un tipo de escala aditiva que corresponde al nivel de medición ordinal, y consiste en una serie de ítems ante los que se solicita la reacción del sujeto. El estímulo que se presenta al sujeto representa la propiedad que el investigador quiere medir y las respuestas se establecen

en términos de grado de acuerdo o desacuerdo que el sujeto tenga con la sentencia en particular (Padua, 1982). Ciertas características como la cantidad de posiciones que tiene una respuesta Likert, estará determinada por factores como los propósitos de la técnica así como características de la población a la que ella se destina.

En la presente investigación, lo que se quiere conocer es la opinión que los estudiantes tienen de la prescripción por parte de los psicólogos y los ítems fueron seleccionados en función de su capacidad para representar los principales argumentos esgrimidos en el trabajo realizado por Norcross (2005), y en función de su capacidad para discriminar si estos argumentos son a favor o en contra de la prescripción por parte de psicólogos.

La escala Likert consta de 14 ítems a los cuales los sujetos responderán según su grado de acuerdo o desacuerdo, a partir de un gradiente de cinco puntos de la escala (que abarca “totalmente de acuerdo”, “de acuerdo”, “indiferente”, “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”).

La consigna utilizada es la misma que en la investigación original realizada en la UBA y versa: *“A continuación vas a encontrar una serie de afirmaciones con las cuales algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. No hay respuestas buenas o malas, toda respuesta es satisfactoria si es verdaderamente representativa de tus opiniones. Garantizamos la confidencialidad de tus respuestas. Contesta reflexivamente, no hay tiempo límite para completar la encuesta. Coloca una “X” en la alternativa que más se asemeja a tu opinión”.*

La escala fue aplicada a una muestra de 400 estudiantes de la Universidad de Buenos Aires; con el objeto de poseer un margen de confianza del 95.5%, la determinación del tamaño de la muestra se obtuvo utilizando los criterios de Arkin y Colton (en Sierra Bravo, 2003).

Los resultados presentados en la investigación original a fueron obtenidos a partir de un análisis estadístico efectuado mediante el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) y se presentaron en una tabla en la cual se consignan frecuencia y porcentajes en cada uno de los puntos de la escala. Se tomará la misma metodología de análisis en esta investigación.

Para indagar la opinión de los profesionales, se utilizó entrevistas semi-dirigidas. Se elaboró un guión para las mismas, con algunos tópicos a tratar en los encuentros, pero manteniendo la flexibilidad y apertura para que lograr conocer la propia perspectiva del entrevistado.

Se tomó una entrevista por profesional, aunque en algunos casos fueron necesarios dos encuentros.

2.2 Participantes

La muestra de estudiantes fue intencional, de participación anónima y voluntaria. Consiste en 154 personas, estudiantes de psicología del tercer año de la carrera, sobre un universo total de 280 inscriptos en las materias de tercer año de la Carrera de Lic. en Psicología de la UNMDP cohorte 2009-2010.

La muestra de profesionales está compuesta por ocho psicólogos egresados de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se seleccionaron

dos representantes de cuatro corrientes teóricas elegidas en función de la formación brindada en la Facultad de Psicología de la UNMdP: psicoanálisis, cognitivismo, teoría sistémica y corrientes existencialistas. La elección de los profesionales correspondientes a cada marco se basó en la adjudicación de cada uno a las antedichas corrientes, en función de ser la que utilizan para su práctica profesional en las diversas áreas. La composición de la muestra responde a la permanente discusión escolástica a la que asistimos los alumnos en el trayecto de nuestra formación, por eso nos inclinamos a indagar acerca de si la adscripción teórica define posiciones frente al quehacer concreto de la práctica.

2.3 Procedimiento

La presente investigación comenzó con la revisión bibliográfica abarcando tanto aspectos filosóficos considerados relevantes, como aquellos vinculados específicamente a la temática en cuestión. En base a dicha revisión se elaboró el marco teórico que orientará todo el proceso de investigación.

Con respecto al universo “estudiantes”, se replicó un trabajo realizado en la UBA que ya fue desarrollado anteriormente, al cual se incorporó una pregunta a ser contestada por los participantes. Con este fin, se contactó a profesores de materias de tercer año de la carrera de Psicología de la UNMdP, para solicitar el permiso de administrar la escala Likert en las diferentes clases. Una vez conseguida esta autorización, se prosiguió consiguiendo el consentimiento de los participantes estudiantes, explicando la finalidad de la investigación y remarcando el carácter voluntario de la

misma. En aspectos de forma, la administración se basó en ser una réplica de la realizada en la UBA, y por lo tanto se siguieron los pasos de la misma. La única diferencia fue la muestra seleccionada, ya que la tomada por Benito (2008) excede el universo total de inscriptos en materias de tercer año de la UNMdP.

Con el objetivo de ampliar el alcance de la investigación se incorporó la indagación hacia el ámbito de los profesionales. En cuanto a estos, se contactó a través de diferentes medios a los ocho psicólogos de diferentes líneas teóricas solicitando su colaboración. A los mismos se les buscó dar la mínima información disponible inicial, para no sesgar su opinión, pero poniendo a su disposición los resultados que se obtendrán del trabajo del cual participaron.

En cuanto al análisis de resultados se separó en dos etapas. Una, la correspondiente al material cuantitativo (escala Likert) y la otra al material cualitativo (pregunta anexada a la escala y entrevistas a profesionales). Los mismos serán presentados a continuación, seguidos por las consideraciones finales producto del análisis de las diferentes técnicas por separado y del cruce de los diferentes datos entre sí.

TERCERA PARTE

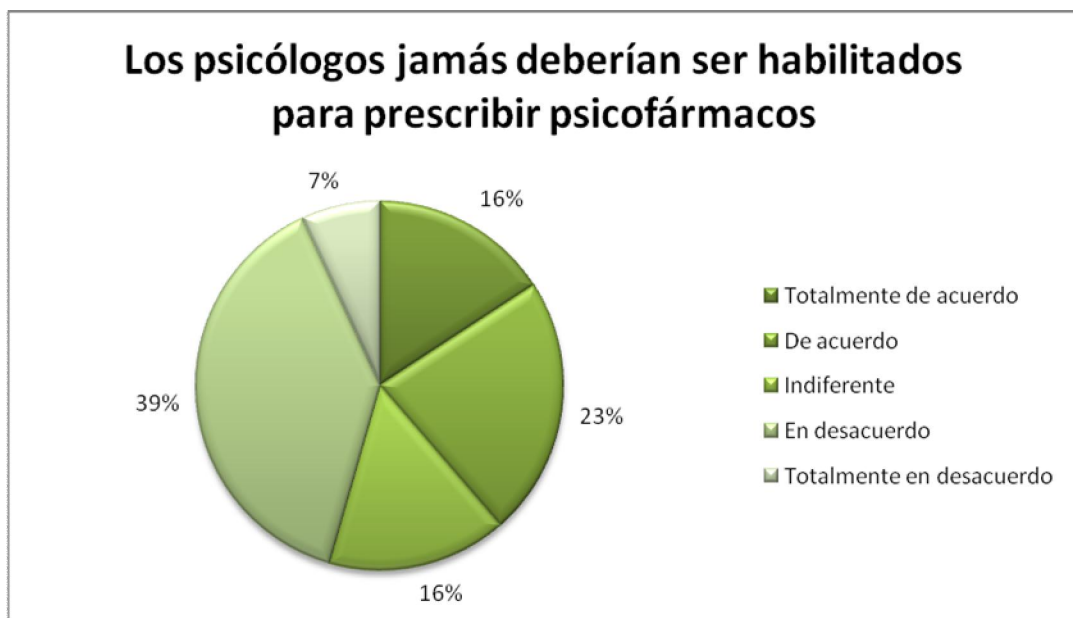
RESULTADOS

3.1 Estudiantes

3.1.1 Análisis escala Likert.

1. Los psicólogos jamás deberían ser habilitados para prescribir psicofármacos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	24	15.6%	15.6%
De acuerdo	35	22.7%	38.3%
Indiferente	24	15.6%	53.9%
En desacuerdo	60	39%	92.9%
Totalmente en desacuerdo.	11	7%	99.9%



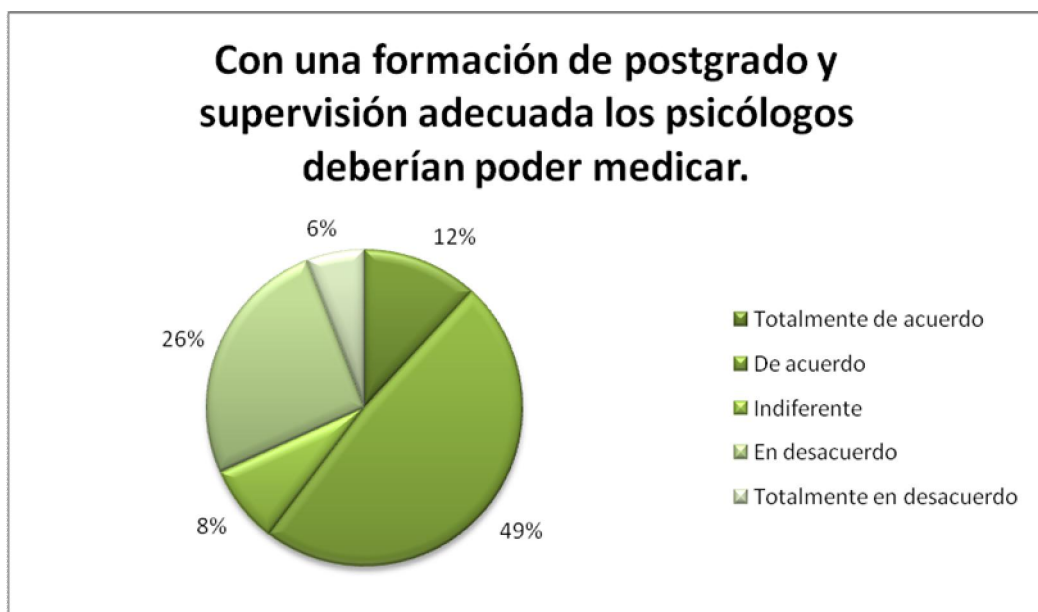
2. La psicoterapia debería ser exclusividad de los médicos.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	1	0.6%	0.6%
De acuerdo	5	3.2%	3.8%
Indiferente	8	5.2%	9.7%
En desacuerdo	55	35.7%	45.4%
Totalmente en desacuerdo.	85	55.2%	100%



3. Con una formación de postgrado y supervisión adecuada los psicólogos deberían poder medicar.

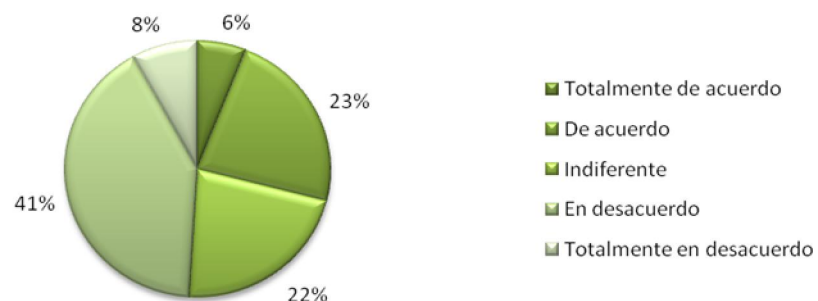
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	18	11.7%	11.7%
De acuerdo	75	48.7%	60.4%
Indiferente	12	7.8%	68.2%
En desacuerdo	40	25.9%	94.1%
Totalmente en desacuerdo.	9	5.8%	99.9%



4. Dividir la atención en salud mental entre psicólogos y psiquiatras implica una disminución en la calidad humana del servicio y un gasto innecesario para los sistemas de salud.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	9	5.8%	5.8%
De acuerdo	35	22.7%	28.5%
Indiferente	34	22.1%	50.6%
En desacuerdo	63	40.9%	91.5%
Totalmente en desacuerdo.	13	8.4%	99.9

Dividir la atención en salud mental entre psicólogos y psiquiatras implica una disminución en la calidad humana del servicio y un gasto innecesario para los sistemas de salud.



5. Los psiquiatras no deberían estar habilitados para brindar psicoterapia (hoy en día lo están).

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	21	13.6%	13.6%
De acuerdo	54	35.1%	48.7%
Indiferente	24	15.6%	64.3%
En desacuerdo	48	31.2%	95.5%
Totalmente en desacuerdo.	7	4.5%	100%



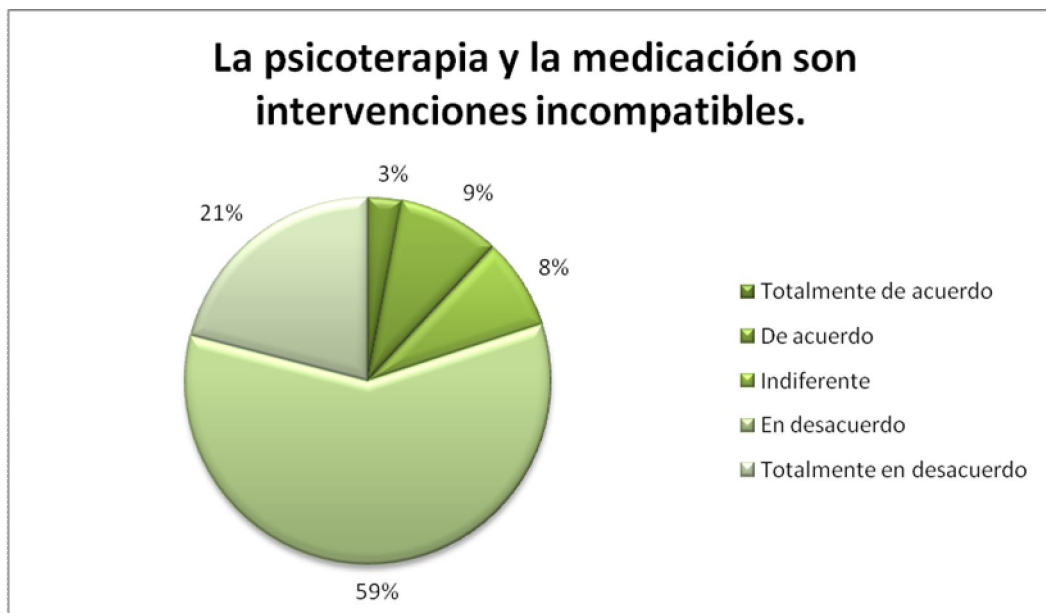
6. Los psicólogos deberían siempre realizar una interconsulta con un psiquiatra para medicar.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	35	22.7%	22.7%
De acuerdo	67	43.5%	66.2%
Indiferente	12	7.8%	74%
En desacuerdo	31	20.1%	94.1%
Totalmente en desacuerdo.	9	5.8%	99.9%



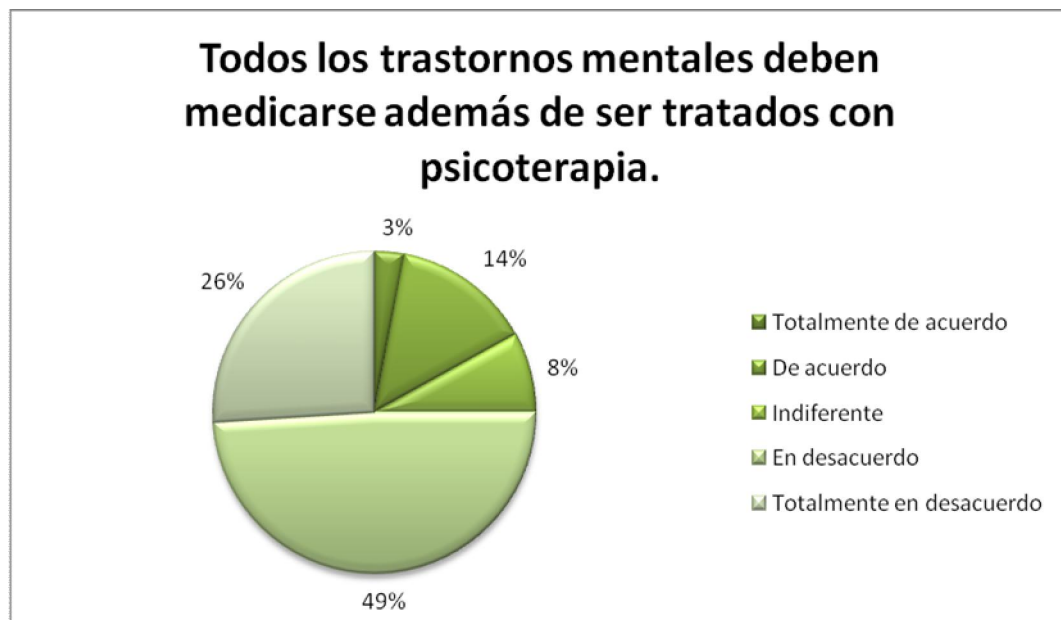
7. La psicoterapia y la medicación son intervenciones incompatibles.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	4	2.6%	2.6%
De acuerdo	14	9.1%	11.7%
Indiferente	13	8.4%	20.1%
En desacuerdo	91	59.1%	79.2%
Totalmente en desacuerdo.	32	20.8%	100%



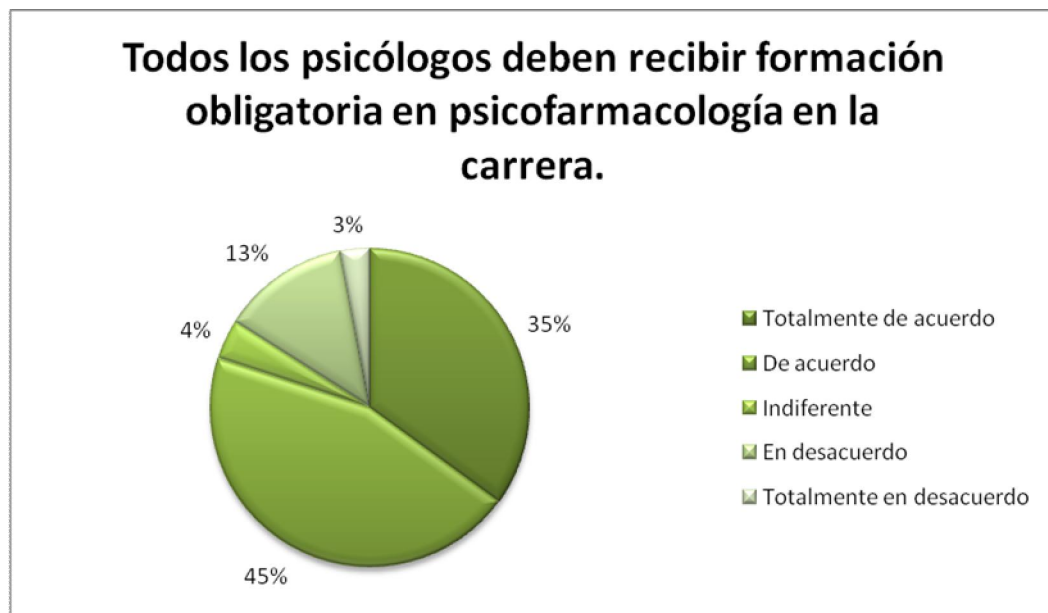
8. Todos los trastornos mentales deben medicarse además de ser tratados con psicoterapia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	4	2.6%	2.6%
De acuerdo	21	13.6%	16.2%
Indiferente	13	8.4%	24.6%
En desacuerdo	76	49.35%	73.95%
Totalmente en desacuerdo.	40	26%	99.95%



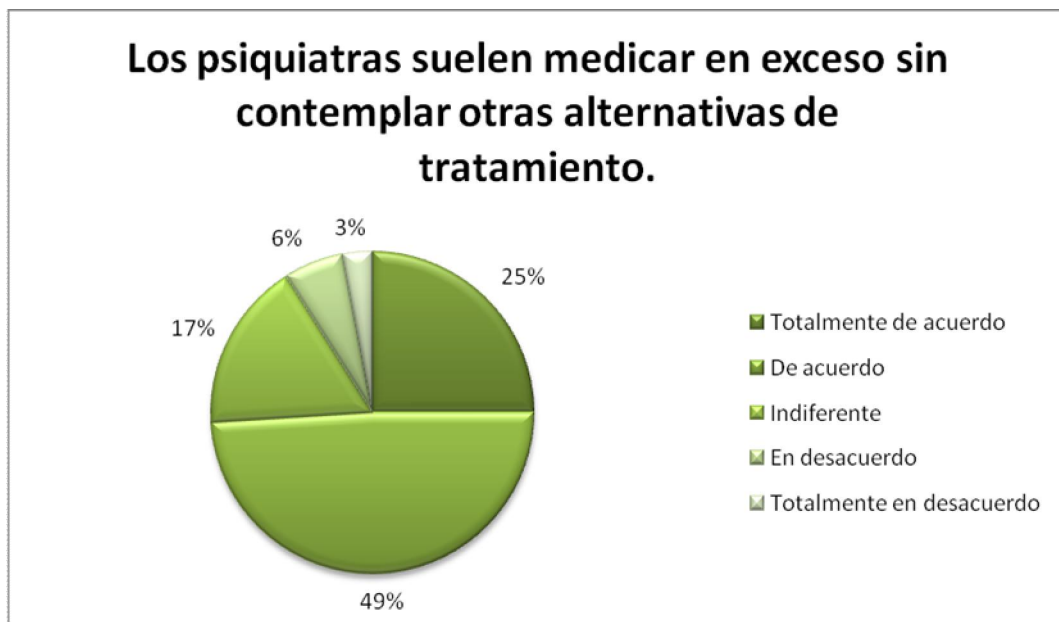
9. Todos los psicólogos deben recibir formación obligatoria en psicofarmacología en la carrera.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	54	35.1%	35.1%
De acuerdo	70	45.45%	80.55%
Indiferente	6	3.9%	84.45%
En desacuerdo	20	12.9%	97.35%
Totalmente en desacuerdo.	4	2.6%	99.95%



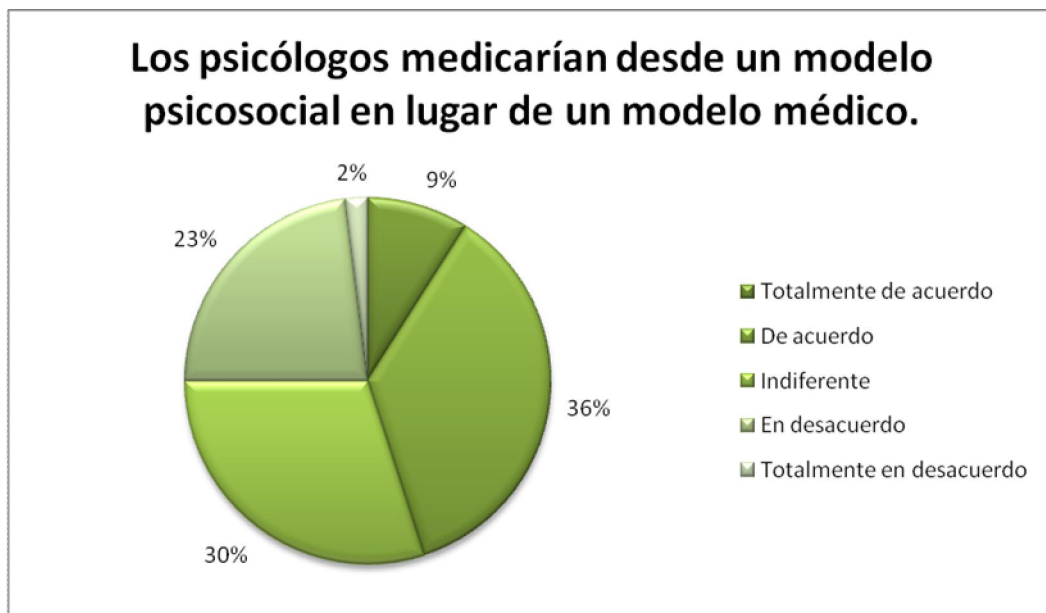
10. Los psiquiatras suelen medicar en exceso sin contemplar otras alternativas de tratamiento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	38	24.7%	24.7%
De acuerdo	75	48.7%	73.4%
Indiferente	27	17.5%	90.9%
En desacuerdo	10	6.5%	97.4%
Totalmente en desacuerdo.	4	2.6%	100%



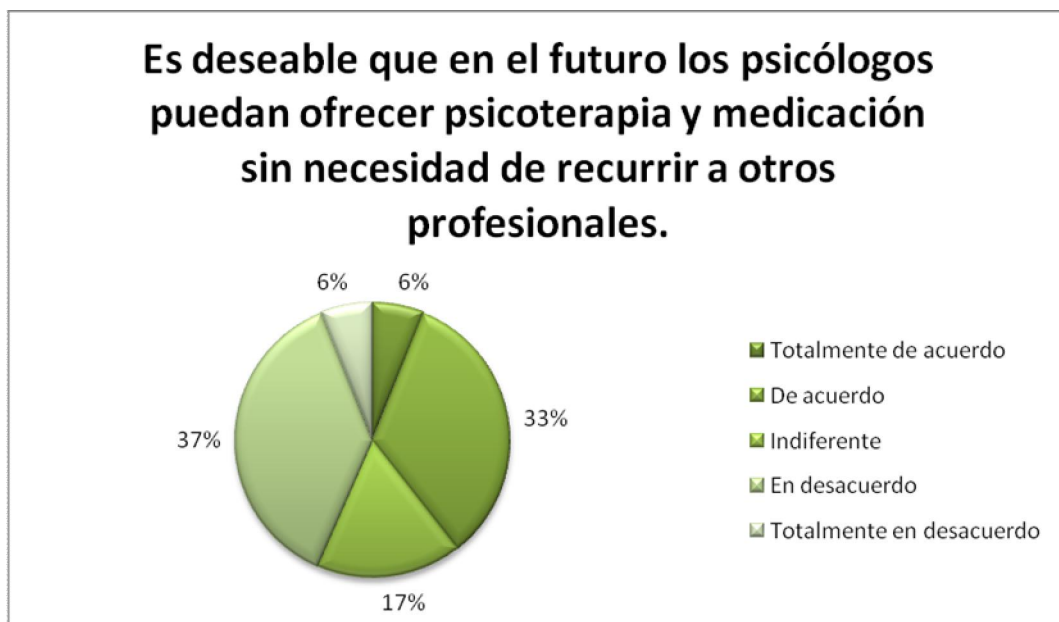
11. Los psicólogos medicarían desde un modelo biopsicosocial en lugar de un modelo médico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	14	9.1%	9.1%
De acuerdo	55	35.7%	44.8%
Indiferente	46	29.9%	74.7%
En desacuerdo	36	23.4%	98.1
Totalmente en desacuerdo.	3	1.9%	100%



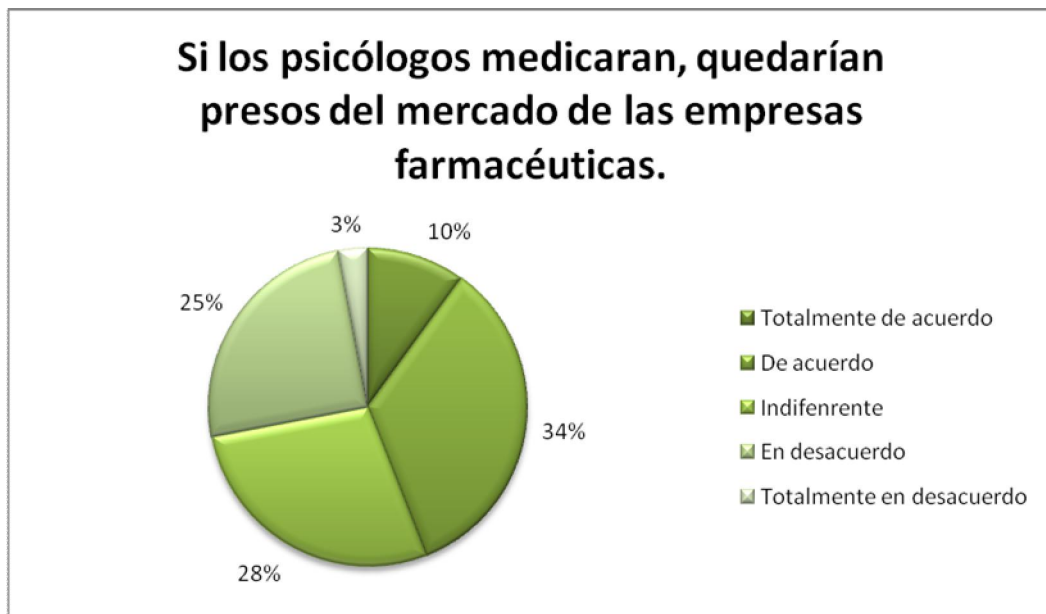
12. Es deseable que en el futuro los psicólogos puedan ofrecer psicoterapia y medicación sin necesidad de recurrir a otros profesionales.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	10	6.5%	6.5%
De acuerdo	51	33.1%	39.6%
Indiferente	27	17.5%	57.1%
En desacuerdo	57	37%	94.1%
Totalmente en desacuerdo.	9	5.8%	99.9%



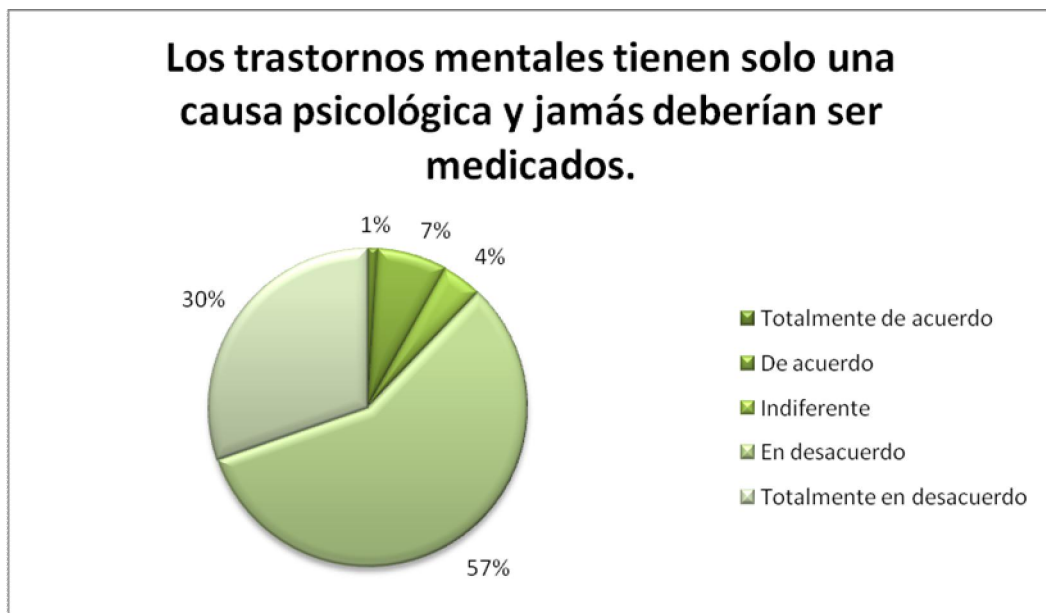
13. Si los psicólogos medicaran, quedarían presos del mercado de las empresas farmacéuticas.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	15	9.7%	9.7%
De acuerdo	53	34.4%	44.1%
Indiferente	43	27.9%	72%
En desacuerdo	38	24.7%	96.7%
Totalmente en desacuerdo.	5	3.2%	99.9%



14. Los trastornos mentales tienen sólo una causa psicológica y jamás deberían ser medicados.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de acuerdo	1	0.6%	0.6%
De acuerdo	11	7.1%	7.7%
Indiferente	7	4.5%	12.2%
En desacuerdo	88	57.1%	69.3%
Totalmente en desacuerdo.	47	30.5%	99.8%



Con respecto a la posibilidad de que los psicólogos prescriban psicofármacos, los resultados muestran una mayoría que acuerda con esta posibilidad.

Si sumamos los porcentajes obtenidos en las dos opciones que indican acuerdo (totalmente de acuerdo, de acuerdo) y las dos que indican desacuerdo (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo), las diferencias se achican. Obtenemos un 38,3% que piensa que los psicólogos jamás deberían prescribir contra un 46% que está en desacuerdo con esto.

La diferencia entre opiniones, aumenta en la sentencia en la cual se incluye el factor de la formación y de la supervisión (tercer enunciado). La adición de los mismos, aumentó el porcentaje de individuos que estuvieron de acuerdo con la prescripción por parte del psicólogo. Esto muestra el peso otorgado por los estudiantes a las condiciones bajo las cuales se debería implementar la ampliación de incumbencias. A su vez se reconoce la importancia de una formación diferencial, de postgrado, que sería lo que habilitaría para poder desarrollar esta práctica conjuntamente con la psicología.

La importancia dada a la formación también se refleja en el enunciado número 9, en el cual la mayoría estuvo de acuerdo con que sería necesaria una formación en psicofarmacología en la carrera de grado (independientemente de si el psicólogo prescriba o no).

En cuanto a las relaciones entre la figura del psicólogo y el médico psiquiatra podemos observar que:

- Se remarca la importancia de la figura del psiquiatra, indicando desacuerdo con la división entre los profesionales médicos y los psicólogos la cual es desfavorable hacia el sistema de Salud (enunciado cuatro).
- Una gran mayoría se encuentra de acuerdo con que el psicólogo siempre debería hacer una interconsulta con el psiquiatra antes de medicar. En este punto nos encontramos ante el interrogante de si este resultado es una contradicción con la opinión favorable hacia la prescripción, o si nos está señalando que pese a que la mayoría está de acuerdo con la obtención de dicha incumbencia, aún así resalta la importancia de continuar trabajando en conjunto con el psiquiatra, o quizá la supremacía otorgada a este.
- Se señala la opinión de que los psiquiatras medican en exceso sin contemplar otras alternativas. Un porcentaje muy alto está de acuerdo con esto, obteniendo también un amplio porcentaje de indiferentes. También la mayoría indica que los psicólogos medicarían desde un modelo biopsicosocial, aunque en este punto (enunciado once) también observamos un amplio porcentaje de indiferentes. Esto podría estar señalando que los estudiantes opinan que el hecho de que la administración de psicofármacos pueda estar en manos del psicólogo, no garantiza por sí mismo la forma en la cual se utilice dicho recurso.
- En relación al hecho de que los psiquiatras no puedan hacer psicoterapia, los resultados indican un 35% de personas de acuerdo y

un 31% que no. Sin embargo la diferencia se acentúa si tomamos en cuenta los extremos de la escala: Totalmente de acuerdo y Totalmente en desacuerdo. Esto podría pensarse como una falta de reconocimiento de la psicoterapia como recurso exclusivo del psicólogo, dado que el planteo de incluir la medicación como incumbencia de la psicología es una situación hipotética, pero el hecho de que los psiquiatras realicen psicoterapia a sus pacientes es un dato de la realidad actual. En este punto, también encontramos un considerable número de indiferentes (15%).

En conclusión, se observa que a pesar de que las opiniones demuestran una tendencia favorable a la prescripción, se reconoce la importancia del rol del psiquiatra. Los motivos que existen para prescribir, no tienen que ver con la anulación o disolución del rol del psiquiatra. Se refleja la idea de la complementariedad entre los roles.

Con respecto a la prescripción por psicólogos y la concepción que los estudiantes poseen de la psicoterapia y los psicofármacos, podemos observar que un alto porcentaje concuerda con que la psicoterapia y la medicación son intervenciones compatibles. Esto refuerza lo expuesto anteriormente con respecto al criterio interdisciplinario que parecen reflejar las respuestas. Podemos inferir que de esto se desprende una mirada interdisciplinaria, donde se consideran importantes los aportes de ambas disciplinas, y se interrelacionan en el desempeño de las incumbencias

En la afirmación número 8, se refleja la concepción de los estudiantes

acerca de los trastornos mentales. Si bien la mayoría estuvo en contra de que “todos los trastornos mentales deben medicarse además de ser tratados con psicoterapia”, encontramos un 2,6 por ciento totalmente de acuerdo con dicha sentencia, un 13,6 De acuerdo y un 8,4 indiferente. En cambio en el enunciado número 14, cuando se plantea que los trastornos mentales solo tienen una causa psicológica y que jamás deberían ser medicados, la gran mayoría estuvo en desacuerdo. A pesar de la consideración que se tiene de la psiquiatría como un aporte importante para los profesionales del campo de la psicología, se establece una diferenciación entre la cooperación con esta disciplina y la utilización exhaustiva de sus técnicas de intervención (medicación) en todos los casos.

En términos generales, se observa una tendencia a no caer en un reduccionismo psicológico. No se intenta abarcar todos los aspectos de los fenómenos mentales desde la psicología, sino que se reconocen los mismos como algo más que manifestaciones psicológicas, dado que tienen un correlato orgánico, y este puede ser abarcado por la psiquiatría a través de la medicación.

Por último, otro punto importante en el debate acerca de la posibilidad de que el psicólogo administre psicofármacos, es el referido al mercado de los laboratorios y farmacéuticas y el riesgo de que los profesionales queden presos de dicho mercado. La mayoría estuvo de acuerdo con que esto sucedería, aunque los porcentajes fueron parejos, siendo poca las diferencias existentes. El porcentaje de indiferentes también fue alto.

Dado que la investigación es una réplica de la que se realizó en la UBA, se destacan a continuación las conclusiones principales que surgen de la comparación entre ambos trabajos:

- Los estudiantes se muestran a favor de que el psicólogo prescriba si accede a una formación de posgrado y supervisión. En la UNMdP hay un 4 % más de aceptación al respecto, aunque también aumenta un 2% el desacuerdo.
- Ante el enunciado “es deseable que en el futuro los psicólogos puedan ofrecer psicoterapia y medicación sin necesidad de recurrir a otros profesionales”, existe un similar grado de acuerdo y desacuerdo.
- Alrededor del 50% en ambas facultades se muestra en desacuerdo con la afirmación: “dividir la atención en salud mental entre psicólogos y psiquiatras implica una disminución en la calidad humana del servicio y un gasto innecesario para los sistemas de salud”; lo cual puede revelar la idea de la importancia de ambos roles (psicólogo y psiquiatra) en el trabajo en salud mental.
- En ambas facultades la mayoría está de acuerdo con un posible exceso en la medicación por parte de los psiquiatras, siendo esta tendencia mayor en la UNMdP
- “Los psicólogos jamás deberían ser habilitados para prescribir psicofármacos”. Se encuentran similares porcentajes en tendencias opuestas: en la UNMdP el 46% desacuerda y en la UBA el 45% acuerda; mientras que en la UNMdP el 38% está de acuerdo, y similar cantidad en UBA está en desacuerdo.

- “Si los psicólogos medicaran, quedarían presos del mercado de las empresas farmacéuticas”. Se observan similares porcentajes en tendencias opuestas: en la UNMdP cerca del 30% está en desacuerdo y 40% de acuerdo, en la UBA alrededor del 30% se encuentra en acuerdo y el 40% estaría en desacuerdo
- Casi un 80% en ambas universidades, considera que la farmacoterapia y la psicoterapia no son necesariamente tratamientos incompatibles
- En ambas facultades, más del 80% se muestra a favor de la psicofarmacología como un área de formación obligatoria en la carrera de grado, aunque en la UNMdP, un 6% mayor de presenta reticente
- En ambas facultades se reconoce que los trastornos mentales no tienen sólo una causa psicológica, con porcentajes del alrededor del 90%

3.1.2 Análisis cualitativo de la pregunta anexada.

Análisis de la pregunta formulada a los estudiantes: “¿Qué competencias cree que tendría que tener el psicólogo para poder prescribir psicofármacos y que implicaciones éticas cree que traería para la profesión?”

Del análisis cualitativo de las respuestas a esta pregunta se desprende:

Con respecto al tema de las competencias existe en la mayoría una alusión a la necesidad de una formación más extensa en la temática, mayormente manifestada dentro de la formación de grado. En algunos casos

se aclara la necesidad de una formación posterior o de postgrado o especialización o prácticas con psiquiatras para desempeñarse en el área de la psicofarmacología. Existe una tendencia a plantear la necesidad de una mayor información en esta temática, la cual se da inclusive en sujetos que manifestaron su desacuerdo con la posibilidad de que los psicólogos mediquen, dado que se rescata la necesidad de conocer este tema para poder trabajar interdisciplinariamente y comprender los efectos que la medicación puede tener en los pacientes. En otros casos se destaca la inter consulta, asesoramiento o supervisión de un psiquiatra si se adquiriera esta nueva competencia. Solo en un caso se menciona la necesidad de obtener una autorización que alude al ámbito de los requisitos legales.

"que el psicólogo se asesore con un psiquiatra a la hora de medicar (...) porque se debe admitir que los médicos estudian mucho para medicar"

"deberán siempre realizar una inter consulta con el psiquiatra para poder medicar"

"tener prácticas con psiquiatras para que los guíen {a los psicólogos} en esta nueva área"

"no creo que los psicólogos deban medicar pero creo que es necesario que se encuentren informados de la eficacia y efectos de los psicofármacos"

"creo que el psicólogo debe estar autorizado a poder medicar"

"si el psicólogo quiere prescribir psicofármacos necesitaría una formación de postgrado, no solamente un curso o modulo en la carrera"

"la prescripción de psicofármacos debería realizarse por psicólogos que realicen una especialización o postgrado en el área"

Específicamente en cuanto a que formación debería tenerse para poder medicar pacientes, se refieren: anatomía, biología, bioquímica, medicina, neurología, fisiología, psicofarmacología, química. Y se resalta la falta de formación en el área biológica dentro de la carrera de psicología.

"considero que en la carrera debería haber más materias relacionadas con el tema"

"aunque la psicología no este autorizada para medicar creo que tendríamos que saber de ello"

En cuanto a lo que serían las implicancias que esta nueva competencia podría traer a los psicólogos, se encuentran:

- aquellas que aluden a una posible conflictiva ya sea intra o inter profesional;

- aquellas que hablan del perjuicio que podría traer el medicar por parte de psicólogos al paciente;
- aquellas que plantean que se daría una medicalización de la psicología, siendo que los psicólogos tenderían a medicar en exceso o innecesariamente, así mismo también por influencia de las compañías que producen fármacos;
- hay quienes plantean la necesidad de mantener clara la diferencia entre psicología y psiquiatría con respecto a esta competencia particular;
- en otro caso se plantean cuestiones morales;
- solo en un caso de habla de implicancias legales; se vincula también con una pérdida de la esencia o rol del psicólogo como profesional;
- se menciona también la cuestión de la independencia profesional del psicólogo, que podría redundar en que esta se acreciente o disminuya;
- y fundamentalmente la presencia de una mayor responsabilidad vinculada a la adquisición de esta nueva incumbencia. Raramente las implicancias éticas que se mencionan tienen un tono positivo para la profesión de psicólogo.

"hay que darle "libertad" al psicólogo con sus pacientes y que no solamente el médico o psiquiatra los medique"

"la psicología debería depender de la medicina {para que el psicólogo pueda

medicar} y haría que esta dejara de ser independiente"

"creo que habría una desfiguración de lo que es su rol"

"deberían prescribirse reglas claras junto a un ente que regule el correcto ejercicio de la profesión"

"se perdería la esencia que el psicólogo ha tenido hasta ahora"

"patologización de la persona"

"una implicación ética es la asociación con empresas y laboratorios donde el fin dejaría de ser la curación y bienestar del paciente"

"tendría una mayor herramienta de tratamiento y claramente lo favorecería"

"socialmente implica un compromiso mayor"

"el psicólogo no debe medicar, el psiquiatra cuenta con el conocimiento médico, que ellos se responsabilicen"

"que se medique mas a la persona y se deje de lado el tratamiento {psicoterapéutico} o pase a un segundo plano"

"dar medicamentos no necesarios por una cuestión de mercado con las farmacéuticas"

"aportaría un complemento en los casos que realmente se requiriera"

"creo que los psicólogos no tienen que prescribir psicofármacos porque no es su trabajo"

"creo que uniría dos grandes ramas separadas hace mucho y para mí sería un buen cambio"

"la responsabilidad para el psicólogo es mucho mayor en este caso"

"debería delimitarse el campo de la psiquiatría y la psicología"

En otras cuestiones que se desprendieron del análisis de las respuestas, en algunos casos se encuentra la idea de que los psicofármacos son un tratamiento opuesto a la psicoterapia o que su utilidad radica en paliar una situación urgente pero que se necesita la psicoterapia para resolver el problema del paciente. Conjuntamente con esto surge la representación de *la psiquiatría y la medicina como disciplinas que implican una mayor responsabilidad frente al paciente*, e inclusive un reconocimiento de que socialmente son más respetadas que la psicología en el tratamiento de la psicopatología. Esto se vincula, como contraparte, a una percepción llamativa de la psicología (teniendo en cuenta que los encuestados son

estudiantes de la misma) y su herramienta, la psicoterapia como poseedora de menor influencia sobre la persona, comparada con la medicación.

Se hace mención también de la complementariedad entre psicología y psiquiatría.

"{que los psicólogos puedan medicar} generaría un acercamiento con la medicina y la psiquiatría y, probablemente una mayor aceptación y respeto de parte de la sociedad que se ve inclinada a acercarse más a estas dos disciplinas que a la psicología"

"el psicólogo trabaja desde otro lugar que nada tiene que ver con el uso de medicamentos"

"los psicofármacos deberían ser prescritos para poder colaborar en el proceso de la terapia y no convertirse en un "solución mágica" que opaque la psicología"

"los psicofármacos son una salida rápida que ayuda en un momento urgente"

"nuestra formación es interdisciplinaria, hay que saber trabajar en grupo"

"traería las implicancias éticas que existen en la medicina, la responsabilidad de manejar correctamente la medicación ya que esta en juego la vida de las

personas”

“entre las implicancias éticas que traería para la profesión es más responsabilidad”

“creo que no tendría que haber una diferencia tan tajante entre psicólogos y psiquiatras. Ambos pueden aprender del otro”

“hay que tener en claro que se está tratando con la vida del otro {al medicar}”

3.1.3 Comentarios

Al realizar el entrecruzamiento de los datos provenientes de la muestra de estudiantes, teniendo en cuenta tanto los obtenidos a través de la administración de la escala Likert como los datos cualitativos provenientes de la pregunta vinculada a las implicancias de la ampliación de incumbencias, podemos concluir que:

- Los estudiantes se encuentran en su mayoría de acuerdo con la posibilidad de ampliación de incumbencias en el sentido de la inclusión de la prescripción de psicofármacos como competencia de los psicólogos, siendo remarcable que esta aceptación se acentúa cuando media entre la adquisición de la incumbencia y su práctica, una formación apropiada para que el profesional se idóneo en el desempeño de la misma. Esto mismo se desprende de los datos cualitativos, donde se alude a la necesidad de una formación de

grado más intensa o de posgrado para poder desempeñar este nuevo rol.

- Así mismo, con respecto al tema de la formación, se considera que una asignatura de psicofarmacología debiera existir en la carrera de psicología. El tema de la necesidad de una mayor formación en esta área también aparece en los datos resultantes de la pregunta, inclusive en sujetos que no están de acuerdo con la ampliación de incumbencias.
- Otra cuestión que se observa en ambas modalidades de investigación es la necesidad de una consulta con el psiquiatra como forma más acorde de desarrollar esta nueva competencia. Se le da relevancia al tema de la interdisciplina.
- A diferencia de los datos que arroja la escala Likert, en la cual los psicofármacos y la psicoterapia aparecen como recursos complementarios en un tratamiento, en el análisis cualitativo aparecen ciertos casos en los que se observa que los psicofármacos aparecen como contrarios a la psicoterapia o que serían pertinentes solo en situaciones puntuales como urgencias.
- En contradicción con lo anterior, las respuestas reflejan una complementariedad entre psiquiatría y psicología, cuestión que también se observa en el análisis de datos cuantitativos.
- Se presenta otro dato coincidente en las respuestas obtenidas en ambos métodos de recolección de información que es la vinculada a la importancia de la psicoterapia, la responsabilidad que conlleva y su

uso por parte de psicólogos y psiquiatras. Aparece en las respuestas de los estudiantes una representación de la psiquiatría y la medicina como profesiones que implican mayor responsabilidad en comparación con la psicología, lo que es consecuente con una percepción de la psicoterapia como poseedora de una influencia menor sobre el paciente con respecto a los psicofármacos. Una cuestión tangencial a esto se observa en los resultados provenientes del análisis cuantitativo, donde aparece una falta de reconocimiento de la psicoterapia como recurso exclusivo del psicólogo, validándose el hecho de que los psiquiatras también la practiquen.

3.2 Profesionales

3.2.1 Análisis cualitativo de las entrevistas a profesionales.

Para la presente investigación se llevó a cabo el análisis individual de cada una de las entrevistas realizadas a los profesionales (ver anexo). Sin embargo con el propósito de focalizar en los objetivos propuestos, se presenta en este apartado el análisis de tres ejes: concepto del psicofármaco, postura frente a la ampliación de incumbencias en relación a la prescripción de psicofármacos por parte de psicólogos, y los argumentos a favor y en contra para justificar dicha posición.

Existen con respecto a la concepción del psicofármaco diversas posturas.

En general todos coinciden en que el psicofármaco es un recurso más, que en ciertos casos facilita el tratamiento.

"Yo trabajo con dos o tres psiquiatras muy piolas que les bajan los síntomas para que vos puedas trabajar, porque a veces los síntomas de ansiedad son demasiado altos y no puedes hacer el trabajo habitual que haces..."

"Quizás es bueno que consulte con un psiquiatra, le de medicación lo estabilice y podamos hacer un tratamiento."

"Depende del paciente no es que piense lo mismo para todos los pacientes. En algunos es necesario y lo tomas como un recurso"

"En la clínica de crisis doy la medicación"

"Si el paciente esta tremendamente alucinado y eso lo lleva a actos graves, (...) y hay medicaciones que lo alivian, y el psiquiatra me dice vamos a medicarlo, (...) hasta que pueda empezar a hablar de esto, hemos llegado a acuerdos"

"Hay momentos en los que el dolor psíquico puede impedirle a alguien pensar, y nosotros necesitamos que pueda pensar para trabajar en psicoterapia, entonces me parece que si ahí es necesaria la medicación, venga la medicación"

Pero existe en la consideración del psicofármaco también una connotación negativa del mismo. Según estas calificaciones el psicofármaco, lejos de ser un recurso, se transforma en un obstáculo.

"A veces es una resistencia, para decirlo técnicamente mejor"

"La medicación tiene un en general tiene un efecto represor, si yo tengo angustia me tomo una medicación ya estoy, todo sigue igual no cambio nada y no tengo angustia"

“En general el efecto del medicamento silencia la palabra”

“Pero sabe que eso [el medicamento] no va a favorecer el otro proyecto, que es el proyecto analítico.”

Otra cuestión vinculada a la concepción de los psicofármacos que surgió en las entrevistas, se expresa mediante la valoración de los efectos que producen los mismos: dando cuenta de las falencias en la eficacia de los estos, así como de fallas en el conocimiento de los efectos de estos.

“No hay anti psicóticos, no hay anti delirantes, o sea la persona esta calmada en lo que hace a sus movimientos físicos y también a lo que hace cierto ritmo de su pensamiento, pero no le cambio las ideas”

“No hay ninguna correlación clara entre los efectos de una medicación...porque está totalmente en estudio”

“No es cierto que los anti psicóticos borren los delirios, los delirios siguen, las alucinaciones siguen de una manera más tranquila, el sujeto está más tranquilo, en general mi sensación es que tienen un efecto ansiolítico más que otra cosa...”

En cuanto al segundo eje, donde se analiza la posibilidad de prescripción se obtienen tanto respuestas positivas como negativas.

“Para mí el psicólogo debería tener la formación que le permita prescribir psicofármacos, aunque sean algunos psicofármacos básicos”

“A mí me parece que sí, no hay nada que impida... que un psicólogo pueda medicar”

“...tenemos muchas cosas propias de la psicología que todavía no aprendemos, o sea estamos diciendo que en ninguna Facultad de Psicología

(...) ni siquiera ven modelos de abordaje terapéuticos cognitivos o sistémicos ¿y estamos hablando de medicar? Es casi como ridículo"

"No para que mediquemos [refiriendo a la formación en psicofarmacología durante la carrera]".

"Me da la sensación que con estas características, con cursos de formación más o menos este...se podría llegar a controlar, llegar a saber sobre medicar"

"Yo no estoy de acuerdo ehh pero en realidad no es una cuestión solamente personal, ya que estoy en este marco, estoy enmarcada. El psicoanálisis no está de acuerdo con esa posición"

"Yo creo que sí, que no, no la veo imposible todo lo contrario."

"Yo creo que al que le interesa tendría que tener la posibilidad de poder medicar. O hacer una especialidad para eso, sería otra buena opción"

Se hace en varios casos la aclaración de que la posibilidad de prescripción abarcaría solo algunos fármacos, aquellos que responden a trastornos menos complejos.

"Por lo menos para estas cuestiones más básicas que aparecen ¿no? Después algunas situaciones específicas, cuadros más complejos, incluso este... hay compromiso más físico que psicológico aunque afecte lo psicológico... eso me parece que es exclusivo del psiquiatra"

"Algunas cuestiones que son más habituales, ya les digo como depresión, ansiedad, control de impulsos, déficit de atención, etc. Podría ser, con una formación responsable ¿no?"

Por último, se encuentran una diversidad de argumentos para

fundamentar las posturas ya sean favorables o contrarias a la posibilidad de ampliación de las incumbencias de los psicólogos en sentido de la inclusión de la prescripción como competencia de estos.

Dentro de los argumentos a favor encontramos los siguientes: aquellos que refieren a que sería posible de existir un formación seria, completa y responsable; aquellos que aluden a que dada la falta de conocimientos sobre los efectos de la medicación la formación en esta área sería bastante simple; otros que se vinculan con la autonomía que daría al psicólogo y por ende la posibilidad de no tener que tratar al paciente con tantos profesionales a la vez; y por último justificaciones que aluden al contexto de la ciudad de Mar del Plata donde se evidencia una falta de médicos psiquiatras.

"Si me parece que necesitaría una formación seria, y... un poco más profunda que simplemente una cuestión psicoeducacional este... si estuviera eso contemplado me parece que no hay ningún impedimento digamos...siempre y cuando haya formación... yo creo que este...por lo menos para estas cuestiones más básicas"

"Podría ser, con una formación responsable ¿no? Pertinente."

"A favor que me da la sensación de que no es necesario grandes cursos para indicar la medicación, dado que lo que realmente habría que saber esta en investigación."

"los aspectos positivos es que valga la redundancia te habilitaría para medicar"

"El chico también le cuesta establecer vinculo a veces cuando somos"

tantos metiendo mano en el mismo caso, entonces me parece que en esas situaciones facilitaría el trabajo estee... notablemente"

"En Mar del Plata hay pocos psiquiatras, con lo cual no lo sé, no lo sé faltan este tipo de profesionales, quizás eh... no sería un problema, al contrario sería venir a ayudar a una especialidad que no se consigue."

Dentro de las argumentaciones en contra, se utilizan justificaciones que aluden a: la interacción de los psicofármacos con otros sistemas del organismo humano que podrían dar lugar a crisis de tipo orgánicas, cuestión en la cual el psicólogo no podría operar; el respeto por el lugar de otras profesiones y su valorización en sí mismas; la falta de formación seria en el área; la posibilidad de que exista mala praxis; la influencia que puede tener en la relación terapéutica; una crisis de identidad en la Psicología y; el argumento más reiterado que referencia la injerencia de los laboratorios en la obtención de esta incumbencia, quienes buscarían cooptar las voluntades de los psicólogos si estos contaran con la habilitación para medicar.

"...la mayoría de los psicofármacos afectan de una u otra manera a otros sistemas del organismo, corazón, intestino, distintos tipos ¿no?, entonces uno también tiene que conocer las interacciones..."

"Creo que se trata también de aprender a respetar otras profesiones (...), a no creer que el psiquiatra es solo una persona que receta medicamente, sigue siendo también la omnipotencia del psicólogo que puede hacer absolutamente todo y que puede trabajar solo"

"Aparte creo que cursar un año de farmacología no es suficiente para poder prescribir medicamentos, o sea a mí me parece que no, que los

psicólogos no deberíamos prescribir medicamentos... taxativamente"

"... los laboratorios saben que hay mucho avance en investigación en psicoterapia entonces me parece que lo que se está jugando ahí es en vez de tenerlos como enemigos hagamos que estos también mediquen"

"En definitiva la única cuestión ética sería tomar cuidado, que antes de permitir que se abra la incumbencia deberíamos estar seguros de que la personas están capacitadas para eso."

"Si un sujeto sufre problemas orgánicos, ehh alteraciones, porque tiene un problema físico o porque se ha equivocado el dosaje de la medicación, ¿quien actúa? ¿El psicólogo tendrá formación para actuar en una crisis orgánica?, no lo sé."

"...todos sabemos que en cada farmacia hay un ranking de cada médico de lo que ese médico está prescribiendo y que los laboratorios de manera encubierta les proveen dinero y beneficios casi a nivel de corrupción"

"Tal vez a los laboratorios les interese que los psicólogos también mediquen"

"Más problemas que los que tenemos. Más mala praxis que la que tenemos... No le auguro un buen destino"

"Mi opinión es que los laboratorios están impulsando este movimiento, naturalmente, porque hay más psicólogos que psiquiatras y sería más negocio para los laboratorios, y por eso es que es una movida que tiene haber"

"Los negativos, que a veces se puede hacer como te puedo decir, no

se puede hacer... Eh... haya como un conflicto de intereses entre la parte terapéutica farmacológica y la parte terapéutica eh... específica por medio de la palabra"

"¿Para qué queremos medicar nosotros? (silencio) porque mañana tal vez nos gustaría que se yo, no sé, operar. Yo creo que nosotros tenemos una crisis de identidad ¿sí?"

3.2.2 Comentarios

El análisis de los datos obtenidos de la muestra de profesionales se centra en dos niveles diferentes: por un lado la comparación entre profesionales situados en una misma línea teórica y por otro la comparación entre profesionales pertenecientes a diferentes líneas.

En los psicólogos psicoanalistas, se observa que por un lado una opinión más moderada en relación a que el psicólogo pueda prescribir psicofármacos y otra opinión rotundamente negativa al respecto.

En el primer caso si bien existe una inclinación hacia el no, el profesional plantea ciertos interrogantes que habría que analizar: cómo, cuándo y por qué medicar. Remarca tanto aspectos positivos como negativos al respecto. En cambio en el segundo caso, la opinión es tajante, planteando que lo único que traería son problemas de mala praxis.

Existe un punto de coincidencia entre ambos psicólogos en relación a la concepción del psicofármaco, el cual puede ayudar a los pacientes, en ciertos casos, a pensar y por otro obstaculiza silenciando la palabra.

El primer entrevistado se mantiene también más moderado en su opinión sobre el vínculo con los médicos psiquiatras, llegando a afirmar que

con algunos se lleva mejor que con los psicólogos de otras líneas teóricas. En cambio el segundo entrevistado, si bien con algunos psiquiatras tiene buena relación, toma una posición más crítica contra ellos.

Las profesionales enmarcadas dentro de la teoría sistémica, coincidieron en el hecho de estar formadas no sólo en la misma, sino también en el cognitivismo. Ambas tienen o han tenido experiencias de trabajo con una gran diversidad de profesionales. A su vez estuvieron a favor de la posibilidad de que el psicólogo prescriba, dando argumentos que fundamentaron dicha opinión y manteniendo el interrogante acerca de cómo se reglamentaría para no afectar al paciente (en qué casos sí, y en qué casos no).

También existió coincidencia al respecto de la reivindicación del lugar del psicólogo en el tratamiento, siendo una de ellas más extremista al respecto y marcando que el psiquiatra debería ser auxiliar del psicólogo.

Los profesionales dentro del cognitivismo, coinciden en haberse formado en el modelo integrativo, aunque uno de ellos se alejó del mismo. Ambos están en contra de la posibilidad de ampliación de incumbencias centrándose en los mismos argumentos, principalmente en las consecuencias negativas que podría acarrear en relación al mercado de los laboratorios y los intereses de los mismos. En cuanto a la relación con los psiquiatras, plantean la importancia de que cada profesional trabaje en lo suyo, la complementariedad de los roles pero cada uno desde su lugar sin intervenir en el del otro.

Las profesionales entrevistadas dentro de la línea humanista

existencial, presentan gran cantidad de diferencias. En primer lugar, si bien ambas se muestran enfáticamente a favor de todo trabajo en equipo, una de ellas plantea que fuera del ámbito institucional es muy difícil el mismo; la segunda profesional no ve dificultades en el ámbito privado ni en el institucional.

En segundo lugar, la primera entrevistada se muestra mucho más crítica en relación a la medicina y su idea de salud- enfermedad. Si bien considera importante la comunicación con los psiquiatras, plantea que no es lo habitual. La otra entrevistada, tiene una concepción más moderada y conciliadora al respecto, planteando que se debe mantener comunicación con el psiquiatra tanto si existe alguna problemática en relación al paciente o no.

Por último, la primera entrevistada se muestra en contra de la posibilidad de prescripción, centrándose en la pregunta: ¿para qué se quisiera medicar?; y en los intereses ligados a la posibilidad. La segunda se encuentra a favor de la posibilidad de ampliación de incumbencias, no viendo porque no podría implementarse.

Ante la pregunta sobre la recepción de la temática vinculada a la prescripción de psicofármacos por psicólogos por parte de la comunidad psicológica, se observó que los profesionales psicoanalistas atribuían a aquellos que utilizan otros marcos una opinión favorable al respecto. Mientras que los profesionales formados en los marcos cognitivo y sistémico atribuían a los psicoanalistas una opinión desfavorable. Sin embargo, estas expectativas no se cumplieron en todos los casos: los formados en

cognitivismos estuvieron en contra y uno de los psicoanalistas se mostró con dudas al respecto.

Se pudo observar que todos los profesionales excepto los psicoanalistas coinciden en considerar el psicofármaco como un recurso a utilizarse en determinados casos, mientras que los psicoanalistas introducen la idea del fármaco como algo que obstaculiza el análisis.

Se desprende del análisis de las entrevistas que si bien todos se manifiestan habiendo realizado o realizando trabajos de tipo interdisciplinarios, en la práctica concreta esto se limita a pasajes de información, breves contactos telefónicos y divisiones tajantes en los roles, sin intervención de un profesional en el campo del otro.

Como coincidencia en todos los casos se acuerda en que deberían introducirse nociones de psicofarmacología dentro de la formación de grado, independientemente de la opinión que tengan con respecto a los psicofármacos y su indicación.

Pudieron notarse críticas dirigidas a profesionales de la misma disciplina pero de diferentes orientaciones. Los psicoanalistas le critican a los sistémicos o cognitivos un apego al modelo médico y sus preceptos, la necesidad de una "receta" para desempeñar el trabajo psicoterapéutico y la aceptación de incumbencias en sentido de la inclusión de la psicofarmacología como competencia del psicólogo. Por parte de los sistémicos o cognitivos con respecto a los psicoanalistas, aparece la mención a un tipo de formación y conocimiento ortodoxo que impide aceptar cambios en la profesión.

En síntesis en la opinión de los profesionales se refleja, además de la elección particular de marco teórico, la idiosincrasia de cada profesional, la formación de pre y post grado y las experiencias laborales. Esto dio lugar a opiniones que trascendieron las expectativas tanto de los psicólogos entrevistados como de las investigadoras con respecto a la correlación entre la opinión manifestada y la formación en cierto marco teórico.

CUARTA PARTE

CONCLUSIONES

En respuesta a los objetivos planteados inicialmente en la investigación, se pueden sintetizar los siguientes comentarios.

La mayoría de los estudiantes de psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, mostraron una opinión favorable a que los psicólogos puedan administrar psicofármacos. Si bien los porcentajes no fueron marcadamente superiores, fueron mayores que los obtenidos en el mismo estudio en Buenos Aires. Podría hipotetizarse que quizás en este punto esté influyendo el tipo de formación en una y otra universidad. Por otro lado, los estudiantes otorgaron gran importancia a la formación como el factor decisivo en la implementación de esta incumbencia junto con la existencia de consultas con los psiquiatras, para asegurar el correcto desempeño. También se da importancia a la posibilidad de incluir a la psicofarmacología como temática dentro de las curriculas de psicología. Dentro de los principales argumentos a favor y en contra de la posibilidad de prescripción en estudiantes, encontramos:

A favor:

- Cuestión de la independencia profesional del psicólogo.
- Mayores herramientas para el tratamiento.
- Permitiría unir desde la complementariedad psicofarmacología y psicoterapia.
- Mayor aceptación y respeto del psicólogo por parte de la sociedad

En Contra:

- Posibilidad de una conflictiva ya sea intra o inter profesional;

- Perjuicio que podría traer al paciente;
- Posible medicalización de la psicología.
- Influencia de las compañías que producen fármacos;
- Necesidad de mantener clara la diferencia entre psicología y psiquiatría;
- Pérdida de la esencia o rol del psicólogo como profesional;
- Mayor responsabilidad vinculada a la adquisición de esta nueva incumbencia.

De los ocho profesionales entrevistados, sólo tres se mostraron a favor de la posibilidad de que el psicólogo prescriba. Se pueden mencionar como argumentos a favor y en contra esgrimidos por los profesionales:

- A favor.
 - No se requeriría mucha formación (ligado a que los psiquiatras tampoco sabrían demasiado acerca de la acción del fármaco)
 - Idoneidad del psicólogo para manejar la prescripción desde el modelo bio- psico- social.
 - Cuidado de la alianza terapéutica por no introducción de un tercero (planteado por una profesional formada en la teoría sistémica).
 - Practicidad, en relación a no derivar por casos sencillos.
- En contra.
 - Introducción de un elemento en la relación transferencial (dicho por psicoanalistas).

- Problemas orgánicos derivados/ vinculados con la medicación.
- Mercado de los laboratorios.
- Afectar negativamente al paciente.
- Capacitación insuficiente.
- Crisis de identidad de la psicología.
- Dificultades derivadas de que un mismo profesional administre psicofármacos y psicoterapia.
- Mala Praxis.

Fue llamativo, el hecho de que existían expectativas previas en los profesionales, acerca de la recepción de la temática entre sus colegas; sin embargo las mismas no se cumplieron. En este sentido, los mismos profesionales, esperaban por ejemplo que aquellos formados en psicoanálisis estén rotundamente en contra, y que aquellos que construyeron su rol formándose en el cognitivismo y teoría sistémica estén a favor. Estas expectativas, quizás surgieron más de las representaciones que los profesionales tienen de sus colegas que de lo que realmente se da en la realidad.

Se puede vincular lo antedicho, al hecho de que la demarcación entre escuelas teóricas quizás no fue tan rígida como se pensó al comenzar la investigación. Muchos de los profesionales entrevistados integraban conocimientos de diversas teorías, o por lo menos se habían formado en varios modelos. En relación a esto se podría decir que tal vez al comenzar la investigación se partieron de ciertas naturalizaciones: por un lado la idea de que ciertos profesionales iban a estar de acuerdo y ciertos otros no; y por

otro lado la idea de que aquel que se forma en cierta teoría necesariamente no se forma en otra. Las entrevistas flexibilizaron este enfoque, rompiendo de alguna manera con una mirada lineal y más simplista de la cual se partió.

Con respecto a la influencia de la teoría de base en la opinión de los profesionales, se observan ciertos argumentos compartidos más allá de esto, como por ejemplo lo referido al mercado de los laboratorios; y algunos otros en los cuales se observa la mencionada influencia, por ejemplo en las cuestiones que refieren a la introducción del fármaco en la relación transferencial, lo cual fue mencionado por psicólogos psicoanalistas. La influencia del marco teórico, si bien existió, no fue tan determinante como se pensó en el comienzo. A esto se le suma la idiosincrasia de cada entrevistado, así como las experiencias de trabajo que tuvieron, por ejemplo si trabajaron en instituciones, si trabajaron en equipos interdisciplinarios, el área dentro de la psicología en la cual se desempeñaron (ampliando la visión y considerando no sólo a la psicología clínica), entre otros factores.

Podría decirse, que el debate por la ampliación de las incumbencias, trasciende las escuelas teóricas, involucrando una multiplicidad de factores que se entrelazan en la construcción de argumentos tanto a favor como en contra. La construcción del rol del profesional psicólogo no sólo se circunscribe a la adhesión, formación o práctica en una teoría y sus herramientas.

Si bien se utilizaron metodologías diferentes para el estudio de ambos universos (estudiantes-profesionales), lo cual impide que se realice una comparación de resultados, en líneas generales los estudiantes se

mostraron más receptivos a la posibilidad de prescripción. En los profesionales apareció de forma más enfática la cuestión de los laboratorios y la posibilidad de que el psicólogo quede preso de dicho mercado en el caso de que se habilite para que prescriba. En los estudiantes, si bien esta cuestión fue mencionada, también apareció repetidamente la idea de que poder medicar implicaría una mayor responsabilidad y compromiso social (utilizando esto como argumento en contra). A su vez se pudo observar mucho más en este grupo, la representación del psiquiatra como un profesional muy valorado socialmente, y en algunos casos se mostró de parte de los estudiantes la idea de que son “superiores” a los psicólogos (por “estudiar mucho”, “tener mayor responsabilidad”).

Al centrarnos en el supuesto peligro de que el psicólogo quede preso del mercado de los laboratorios, surge el interrogante acerca de si realmente esto puede tomarse como un argumento válido. Como ya se mencionó anteriormente la formación ética es la que debe guiar la práctica del profesional, por lo tanto afirmar que si se pudiera prescribir se haría según las leyes de los laboratorios, es afirmar que el profesional posee una formación ética deficitaria. Se puede decir que mientras no prescriban se mantendrán en el campo de la legalidad, en tanto cumplen la ley que establece que tiene prohibida dicha práctica. Pero si pensamos el tema de los laboratorios como un argumento, ¿Qué podemos decir de la moralidad de los profesionales? ¿Sólo se actúa de la forma correcta porque la ley lo prohíbe? ¿Y si la ley lo habilitara, se mantendría la correcta actuación o inevitablemente se caería en las leyes del mercado? Lo meritorio no es

ajustar la conducta a la ley, sino por qué se hace.

En cuanto a la representación del psiquiatra como un profesional “superior” al psicólogo, la nueva Ley de Salud Mental implica un cambio de visión en esto, poniendo en un lugar de paridad al psicólogo. En este sentido, se cree que debates como el que se presentan en esta investigación comenzarán a darse en forma recurrente, ya que las condiciones y cambios socio- geo – históricos generan que los códigos y leyes profesionales deban ser revisados por el cuerpo profesional. Estos debates deberán incluir los aspectos éticos, en tanto se basen en el ejercicio del pensamiento reflexivo acerca de lo establecido, y permitan como plantea Nietzsche, pensar libremente lo que acontece, se presenta e impone, en este caso a los psicólogos como colectivo profesional.

En algunas de las respuestas dadas por los estudiantes se refleja la idea de que prescribir psicofármacos implica una responsabilidad mayor por los efectos sobre el organismo, quedando la psicoterapia como un recurso de menor importancia, o hasta como algo inocuo. No sólo se cree que es necesario replantear esta idea errónea sino que también se cree necesaria una formación que le permita al psicólogo posicionarse ni en lugar superior, ni en uno inferior al psiquiatra, sino en un plano de igualdad que permita trabajar desde la interdisciplina.

La coexistencia de diversas concepciones acerca de los psicofármacos también es otro punto a señalar. Existieron tanto connotaciones positivas como negativas. En este sentido, es importante poder reconocer que el psicofármaco es un recurso más dentro del

tratamiento sin caer en el extremo de medicalización de las prácticas en psicología, pero tampoco negar que en ciertos casos es necesario en función de las necesidades del paciente. En todo caso, el punto a analizar sería desde que postura se administran fármacos, debiendo abogar por hacerlo desde un modelo bio-psico-social que contemple la multiplicidad de factores que están interviniendo en la situación de un sujeto particular. Es interesante recordar lo planteado por Galende al respecto, quien si bien reconoce que el psicofármaco ayuda en el momento de sufrimiento y permite al paciente pensar y dialogar, puede también convertirse en imposición de poder para dominar a un sujeto cuyo comportamiento no se adecua a lo que exige el orden de la vida social e institucional.

Con respecto a los tres puntos tomados como ejes al comienzo, se puede decir que las cuestiones académicas fueron las que más aparecieron tanto en los profesionales como en los estudiantes. Como se mencionó, no sólo la formación que sería necesaria para poder medicar, si no que más allá de esta posibilidad, el reconocimiento del área de la psicofarmacología como un área de vacancia dentro del actual plan de estudios. Las cuestiones éticas tuvieron más importancia para algunos de los participantes y menos para otros, mientras que las legales casi no fueron mencionadas. En la muestra de estudiantes, quizás se deba a que eran alumnos del tercer año de la carrera, que aún no cursaron Deontología de la Psicología. Queda abierta la posibilidad de replicar la investigación en alumnos que ya hayan pasado por dicha experiencia, para comparar los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abraham, T. (2000). *La empresa de vivir*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Aparisi Miralles, A. y López Guzmán, J. (1994). Aproximación al concepto de Deontología. *Persona y Derecho: Revista de fundamentación de las instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos*, 30 163-185

Benito, E. (2008). Psicólogos prescribiendo. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana De Ciencia Psicológica*, 1(1).

Benito, E. (2009). Opiniones de los estudiantes de psicología de la Universidad de Buenos Aires sobre la prescripción de psicofármacos por psicólogos. Trabajo presentado en IV Congreso Argentino de Salud Mental, realizado en Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 11 a 13 de junio de 2009.

Ballarino, F. (2010, Septiembre 26) Psiquiatras rechazan una ley que les quitaría atributos "exclusivos". *Perfil*, p. 25.

Bogdan, R. y Taylor, S. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados* (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.

Bueno, G. (1996) Ética, moral y derecho. En *El sentido de la vida* (pp.15-87). Oviedo: Pentalfa.

Calo, O. (2000). Ética y deontología en la formación del psicólogo argentino. *Fundamentos en Humanidades*, 1 (2), 7-12.

Calo, O. (2001) La interacción del profesional con los códigos o no tomar las cosas al pie de la letra. Trabajo presentado en XXVIII Congreso

Interamericano de Psicología, realizado en Santiago de Chile de 29 de julio a 3 de agosto de 2001.

Cantú Martínez, P., Moreno García, D. y Rojas Marquéz, M. (2002) Consideraciones sobre Ética, Deontología, Ética médica, Bioética e Investigaciones en salud. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 3 (1).

Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999, 10 de abril). *Federación de Psicólogos de la Republica Argentina*.

Cortina, A. (2003). Pluralismo moral: ética de mínimos y de máximos. Conferencia presentada en Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, realizada en Santiago de Chile de 6 a 8 de mayo de 2003.

De León, P. y Qullin, J. (2007). Crónica desde el campo de batalla: la lucha en curso en Hawái y Lousiana por la obtención de la capacidad legal de prescribir para los psicólogos. *Papeles del psicólogo*. 28 (2), 89-96.

De los Reyes, M. y Gillet, S. (2001) Hacia una definición de la Psicología Social. Manuscrito no publicado.

Díaz, E. (1995). El sexo y la ética. En La filosofía de Michel Foucault. Buenos Aires: Biblos.

Díaz Genis, A. (2004) Nietzsche versus Kant. *Revista Actio*, pp. 83-94

Ferrero, A. (2005). El surgimiento de la deontología profesional en el campo de la psicología. *Fundamentos en Humanidades*, 1 (11), 177-184.

Ferrero, A. (2007). La ética y la deontología profesional en la formación universitaria: El caso de la Psicología. En Sanz Ferramola, R. y Medina, A.

(Eds.), *Bioética en la Universidad: Hacia la construcción de una ética de la corresponsabilidad en la comunidad del conocimiento* (pp. 36-48). San Luis: Nueva Editorial Universitaria

Galende, E. (1997). La subjetividad actual y su patología. En *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual* (pp. 219-264). Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. y Kraut, A. (2006). Para una ética de la salud mental. En *El sufrimiento mental: El poder, la ley y los derechos* (pp. 99-102). Buenos Aires: Editorial Lugar.

Galende, E. (2008). Fundamentos de la psiquiatría y razón moderna. En *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser* (pp. 25-47) Buenos Aires: Editorial Lugar

Galende, E. (2008) La exigencia de comprender. En *Psicofármacos y salud mental: La ilusión de no ser* (pp.105-131). Ed. Lugar. Buenos Aires

García Morente, M. (1938). *Lecciones preliminares de filosofía*. Buenos Aires: Editorial Losada.

Klappenbach, H. (2000) Incumbencias del psicólogo: Antecedentes del psicólogo y situación actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (3), 419-446.

Ley reglamentaria de la actividad profesional del psicólogo de la provincia de Buenos Aires (N°10306, 1985 6 de septiembre) *Senado y Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires*.

Ley Nacional de Salud Mental (N° 26.657, 2010 25 de noviembre) *Senado y*

Cámara de Diputados de la provincia de Buenos Aires.

Louisiana Licensing Law for Psychologists. Chapter 28: psychologist.
Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/23821634/LOUISIANA-LICENSING-LAW-FOR>

Maliandi, R. (1991). Niveles de la reflexión ética. En *Ética: conceptos y problemas* (pp.45-77). Bueno Aires: Editorial Biblos.

McGrath, R. (2007). Historia breve del programa posdoctoral M. S. en psicofarmacología clínica de la Universidad Fairleigh Dickinson. *Papeles del psicólogo*, 28 (2) 77-83.

Muse, M. (2007) Psicología y Psicofarmacología. *Papeles del psicólogo*, 28 (2) p. 65.

New Mexico Administrative code: Occupational and professional licensing : Chapter 22 Psychologists and psychologists associates. *New México Licensing Departament.* Disponible en: <http://www.rld.state.nm.us/psychology/ruleslaw.html>

Nietzsche F. (1887) *La genealogía de la moral*. Buenos Aires: Ediciones Libertador.

Norcross, J. (2005) More accesible, psychological and integrated pharmacotherapy: prescription privileges for psychologists. *The Register Report*, 31 (6) 598-603.

Padua, Jorge. (1982) *Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. México: F.C.E.

Polanco, R. (2007) Prescripción o no prescripción de psicofármacos en

psicología: cuestionamientos preliminares para una discusión inevitable en Latinoamérica y en Chile ligado a la formación universitaria de la disciplina.

Cuadernos de Neuropsicología, 1 (3) 211-222

Robiner, W., Bearman, D., Berman, M., Grove, W., Colon, E., Armstrong, J., Mareck, S. & Tanenbaum, R. (2003). Prescriptive authority for psychologists: Despite deficits in education and knowledge?. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10 (3), 211–221.

Sanz de la Torre, J. (1998). Tratamientos psicofarmacológicos en Psicología Clínica. *Papeles del psicólogo*. 69.

Sierra Bravo, R. (2003). *Técnicas de investigación social, teoría y ejercicios*. Madrid: Parainfo.

Sossa Rojas, A. (2010). Michel Foucault y el cuidado de sí. *CONHISREMI Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico*, 6 (2), 34-45.

St. Pierre, E. & Melnyk, W. T. (2004). The prescription privilege debate in Canada: The voices of today's and tomorrow's psychologists. *Canadian Psychology*, 45, 284–292.

Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Elementos Básicos de la Investigación Cualitativa. Generando Teoría a partir de los Datos. Procedimientos y Técnicas*. Londres: Sage Publications.

Wautier, G. Tolman , A. (2007) Psicología y Psicofarmacología: compañeros naturales en la atención sanitaria holística. *Papeles del psicólogo*, 28 (2) 66-76.

Anexo.

1. GUIÓN ENTREVISTA A PROFESIONALES.

Exclusivamente para uso de investigación

Facultad de Psicología (UNMDP)

A partir de la realización de la tesis de PRE-grado, se realiza una investigación en el marco del Grupo Psicología Y Ética: Ciencia y Profesión, requerimos su colaboración para la administración de una entrevista semi dirigida, de la cual extraeremos la información que nos permitirán continuar con nuestro proyecto.

Agradeciendo su colaboración, nos comprometemos a hacer llegar los resultados ni bien los analicemos y publiquemos.

Por favor rellene los siguientes datos

1. SEXO

Masculino..... Femenino.....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....

51 años o más.....

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....

21 años o más.....

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....

Consultorio particular.....

Investigación...

Docencia...

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad)

Temario:

MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA: Cuál es, que atractivos o porque eligió dicho marco, que herramientas le proporciona para leer la realidad.

FORMACION. Características de su formación de grado y post grado. Conocimientos en psicofarmacología. Formación en el área.

PRACTICA. Rol de la medicación en los tratamientos psicológicos.

Experiencias en la interacción entre el psiquiatra y el psicólogo. Factores que favorecen o perjudican dicha interacción en el sistema de salud actual.

Opinión sobre la prescripción de psicofármacos por psicólogos; argumentos a favor y en contra de la posibilidad de ampliación de las incumbencias del; implicancias a nivel académico, ético y legal.

2. Análisis entrevistas

Análisis de la entrevista realizada a profesional formada en la teoría psicoanalítica (Psicoanalista I)

1. SEXO

Masculino.....x.... Femenino.....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....

51 años o más.....x..

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....

21 años o más.....x.

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....

Consultorio particular...x...

Investigación.....x

Docencia...x..

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad) Licenciado en Psicología

La construcción del rol la centra principalmente en su análisis personal y en segundo término en lo que él llama “el descubrimiento de una nueva forma de hacer psicoanálisis” que lo relaciona con las diferencias entre el psicoanálisis que le presentaron en su carrera de grado y el que conoció en su formación tras recibirse. En cuanto a dicho marco teórico, destaca como los atractivos que encontró en él, el hecho de ser una teoría de la subjetividad, tanto un método de tratamiento como de investigación y que sea multidiscursivo, lo cual le parece apasionante y entretenido. Se centra más en lo que le genera a él el trabajar con dicha teoría antes de centrarse en los beneficios que le trae en la práctica o en los aspectos que considera positivos en relación al paciente. En un segundo momento agrega la utilidad del psicoanálisis en situaciones de urgencias y crisis.

No se ha formado en otras teorías psicológicas pero sí en otras disciplinas como: filosofía, literatura, matemática, sociología.

Con respecto al vínculo con otros profesionales, ha tenido buenas experiencias en este sentido, siendo para él más difícil vincularse con psicólogos no psicoanalistas que con otros profesionales como médicos psiquiatras. El vínculo que establece con estos últimos es solo a raíz de derivaciones.

Destaca que en su interacción con estos profesionales le sirvió aceptar las diferencias más que buscar lo común, lo cual le es más fácil con los médicos psiquiatras que con profesionales que utilizan otras teorías:

“En realidad más que hablar de un lenguaje común, pero me sirvió aceptar las diferencias. (...) Pero me resulta más fácil aceptar más las diferencias con los médicos...”

Establece que la relación con los médicos depende de cada derivador y que es mejor cuando cada uno se ocupa de su parte, y centra las razones de esto en el cuidado del manejo de la transferencia.

“En la medida que el trabajo sale bien no es necesario dialogar mucho, digamos nos vamos como entendiendo. Sobre todo por el tema que, lo que está en juego es la transferencia. Para no complicar la transferencia...”

. En cuanto a psicofarmacología, todo lo que aprendió surgió de su práctica clínica luego de la facultad, en hospitales y clínicas psiquiátricas.

Los psicofármacos deben ser evaluados, según su concepción como un elemento más de la cura. Menciona entre otros aspectos “el efecto placebo”, y que en estos casos (en que el psicofármaco actúa como placebo) es su deber complicar la relación que el analizado tiene con la medicación; da como ejemplo la acción de los antipsicóticos, que no borran los delirios por lo cual tiene un efecto ansiolítico más que nada, ayudando al paciente a hablar. Si bien en algunos casos puede ayudar, en otros se convierte en una “resistencia” que debe ser superada en cierto momento; a través de lo cual se observa como su formación teórica influye en la

concepción que posee de los psicofármacos. Además de esto, lo considera un recurso para tapar el síntoma.

“Sí, y a veces es una resistencia, para decirlo técnicamente mejor. Como es una resistencia hay que evaluar en qué momento uno intenta vencer esa resistencia, pero en otros momentos ayuda.”

El entrevistado espontáneamente comienza a hablar del movimiento que se gestó en los Estados Unidos que reclama la capacidad legal para que los psicólogos prescriban, diciendo que en otra época esto hubiera sido inimaginable. En una primera aproximación plantea que no debería haber inconvenientes en esto:

“No se evaluar eso (con respecto a que los psicólogos prescriban), me da la sensación de que no es tan complicado, (...) los psiquiatras tampoco saben exactamente porque actúan, como actúa la medicación”

Luego cuando se indaga más en el tema, expone a modo de “intuición” que con la formación adecuada podría llegarse a alcanzarse la mencionada incumbencia. Aun así plantea que sería necesario investigar en el tema para dilucidar ciertos aspectos de lo que sería la aplicación concreta; por ejemplo quien actuaría en el caso de una crisis orgánica o de una complicación con la medicación. Continúa con un análisis de los aspectos a favor y en contra: con respecto a los primeros, plantea que la formación no debería ser demasiado extensa ya que muchas características de los psicofármacos aún se están investigando; por otro lado, con respecto a los segundos, le surgen interrogantes relacionados a como sería el manejo ante un error en la medicación, o problemas médicos derivados de la misma.

También señala que sería un recurso más para la sugestión y el peligro del mercado de los laboratorios.

“No sé cómo se pueden manejar los problemas médicos que puede haber por una complicación con un cuadro orgánico o por algún error en la medicación, no sé cómo actuaría un psicólogo, si se puede formar un psicólogo...”

Dice no poder establecer una posición acerca de la ampliación de incumbencias ya que no sabría decir si es algo positivo o negativo en general (para el paciente, profesional, comunidad).

Situándose ya en el terreno de la psicología, plantea que vinculada al tratamiento, la posibilidad de prescribir influiría en lo que él denomina “la dirección de la cura” y en los problemas que se derivarían de la acción medicamentosa a nivel de la terapia:

“... ¿cuándo medicar?, ¿por qué medicar?, dicho de otra forma ¿Por qué reprimir? ¿Para qué reprimir?. La medicación tiene un en general tiene un efecto represor.”

Lo vincula con dilemas éticos propios de la terapia y en apoyatura de lo que es su marco teórico, el psicoanálisis:

“Me puedo callar porque en ese momento conviene respetar esa resistencia y en otro momento tengo que advertir que en ese momento eso anestesia la cura y el sujeto se vuelve a dormir que no es mi trabajo.”

Análisis de la entrevista realizada a profesional formada en la teoría psicoanalítica (Psicoanalista II)

1. SEXO

Masculino..... Femenino...X.....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....X.....

51 años o más.....

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....X.....

21 años o más.....

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....X.

Consultorio particular.....X

Investigación.....X

Docencia.....X

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad)

Lic en Psicología UBA

En cuanto a la construcción del rol, la entrevistada estudió en la UBA, con una formación en clínica psicoanalítica lacaniana. Una vez recibida, dio un examen para realizar una residencia en hospitales de la provincia que comprendía tanto asistencia como formación, siendo esta última también en clínica psicoanalítica. Comenzó a trabajar así en el ámbito hospitalario, ya que le interesaba el mismo y especialmente la clínica de la psicosis y elige así venir a Mar del Plata ya que había poco trabajo en Buenos Aires. Continuo su formación con algunos cursos y seminarios pero siempre dentro del mismo modelo.

En su elección de marco resalta que influyó haberse formado en su carrera de grado con un solo marco lo que le hizo en ese momento difícil elegir otra cosa, si bien leyó cosas de otros modelos. Como atractivos

menciona la concepción de sujeto, la posición frente al padecimiento y la posibilidad de hacer un trabajo más artesanal.

"...pero sí que es otra la posición en que uno se enfrenta al padecimiento, digamos es otro rol (...), y es una posición en la que me siento mucho más cómoda y con más herramientas para trabajar..."

En su experiencia en hospitales ha trabajado con psiquiatras, con médicos de otras disciplinas, enfermeras, terapistas ocupacionales y asistentes sociales. Si bien hay diálogos posibles, no hay demasiadas posibilidades en el trabajo, si no que cada uno debe mantenerse en su lugar, realizando lo suyo.

Específicamente en relación al médico psiquiatra distingue aquellos que trabajan con un marco teórico más humanista el cual implica una concepción del sujeto como persona, la posibilidad de dialogo con el paciente y el respeto de los derechos de este. También están aquellos con una posición organicista refiere que para estos la causa del padecimiento es orgánica y las consecuencias de esto es que el abordaje corresponde a una clínica médica. Hay ciertos psiquiatras que tienen un desprecio por la palabra y lo importante respecto a ellos es que sepan medicar (aclarando que no es un trabajo fácil) y que renuncien a aquello que no se puede medicar. Plantea la necesidad de los dos lugares: el psiquiatra para que aplique la medicación y el psicólogo para que el paciente cuente lo que le pasa.

"...necesitas de los dos lugares (...), necesitas el psiquiatra para que lo medique y necesitas que cuente de que se trata lo que le está pasando para

ver como lo vas a acompañas ¿no? Algunos psiquiatras me han permitido trabajar bien...”

Vinculado al psicofármaco, plantea en un primer momento que es necesario en los casos en los que no se puede hablar, que esta alivia y permite que el paciente pueda pensar. Sin embargo destaca que no existen tal cosa como los anti psicóticos o anti delirantes. Que la persona se siente más tranquila pero que sigue teniendo las mismas ideas, no borra el delirio. En otro momento de la entrevista habla de la consistencia de los medicamentos como objetos y como aquel que introducido por el psicólogo en la relación terapéutica silencia o interrumpe la palabra. Depende la posición que tengas donde ubicas la causa del padecimiento trae consecuencias, si el mismo es netamente orgánico entonces la clínica es orgánica. Los cuadros que tienen causa orgánica definitiva, son médicos, están dentro de la medicina.

Según su concepción, en relación a la administración de psicofármacos, cree que hay mucha intolerancia al malestar y en ese sentido hay psiquiatras que medican muy rápido y eso tiene que ver con el saber o no medicar.

No está de acuerdo con la prescripción por parte del psicólogo, y si se habilitara para ello, no ejercería esa posibilidad. No por una postura personal sino por su marco, en el cual la introducción de la medicación significa ir en contra del proyecto analítico. Además le parece que en caso de poder medicar, no podría argumentar el uso, por lo tanto no lo haría.

Cree que no traería ninguna implicancia positiva, al contrario, cree

que traería más problemas, más mala praxis. De parte de los psicoanalistas, el solo hecho de indicar medicación sería un problema.

En cuanto a la recepción de la temática, plantea que los psiquiatras se opondrían y algunos psicólogos que se encuentran, según su parecer, cercanos al modelo médico lo avalarían porque sería un paso más en un proceso que ya vienen haciendo.

Análisis de la entrevista realizada a profesional formado en la teoría cognitiva (Cognitivista I)

1. SEXO

Masculino.....X..... Femenino.....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....X....

51 años o más.....

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....X....

21 años o más.....

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....

Consultorio particular...X...

Investigación...X..

Docencia...X..

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad)

Lic. en Psicología (otorgado por UNMDP)

Dr. en Psicología.

En cuanto a la construcción de su rol profesional, se hace mención únicamente a cuestiones vinculadas con las formación como la realización de una especialización, maestría y un doctorado y cuestiones vinculadas a un temprano inicio de la actividad profesional, en su pregrado, como ayudante en docencia y becario de investigación y luego con una continuación en su post grado en estos ámbitos, siendo actualmente investigador y docente de dos cátedras de la universidad.

Su formación fue también complementada con otros marcos teóricos, incorporando a su especialización en Psicología Cognitiva, formación en modelos integrativo y en terapia sistémica, que vincula con sus características de personalidad.

“siempre me sentí mucho más interesado por modelos cognitivos, por modelos sistémicos también y su formación me parece que se adecua más a

las características de personalidad que yo tengo"

La elección de este tipo de marcos está relacionada también con su concepción acerca de la psicología como *"una oportunidad de ofrecer ayuda a alguien"*, es por esto que no se centra en abordajes que se focalicen en la etiología de los trastornos, sino más bien rescata que su marco teórico le brinda modelos prospectivos, terapias focalizadas e instrumentos conductuales.

"Conocer las causas de lo que te pasa no resuelve ningún problema, por eso siempre me situé en modelos más prospectivos, hacia adelante(...), trabajé siempre en modelos focalizados, en psicoterapias focalizadas y con instrumentos muy... muy conductuales también"

En la actualidad lleva adelante su actividad en los ámbitos de docencia, investigación y consultorio clínico particular.

"Tengo una dedicación exclusiva en la Universidad y tengo algunas horas de consultorio particular"

Rescata en su práctica el trabajo interdisciplinario como aquel que permite brindar el mejor tratamiento posible al paciente. Pero considera que esto debe ser llevada adelante respetando las competencias de cada profesional, es decir, no interviniendo en el trabajo de otros.

"Trabajando de a muchos, es mucho más fácil y cada uno se especializa en cosas diferentes, (...) trabajo con psiquiatras que no hacen intervenciones psicológicas, sino que se limitan a diagnosticar y medicar"

Valora el hecho de que los psiquiatras poseen conocimientos que son totalmente ignorados por los psicólogos, y que querer abarcar la práctica de

la farmacoterapia alude a una omnipotencia del psicólogo, resaltando que deben respetarse otras profesiones y no desvalorizarlas.

Complementariamente a esto refiere que las experiencias de trabajo con otros profesionales son buenas siempre y cuando los otros respetan el marco teórico del psicólogo y no intervienen en su labor.

Considera que en la carrera no hay una formación adecuada para lograr este trabajo interdisciplinario, debiendo adquirirse estos conocimientos a través de la experiencia.

Específicamente relacionado con la psicofarmacología, recibió información durante el curso de la carrera a través de la materia “neuropsicología”, en la cual a través de prácticas hospitalarias incluidas en dicha asignatura, pudo acercarse al trabajo con profesionales médicos. Establece el contraste que existe en la actualidad en la cual esas prácticas no existen, inhabilitando también una formación en cuestiones interdisciplinarias. Este tipo de formación, según él, atenta contra el trabajo en grupo y forma a psicólogos con una visión individualista de la labor.

A nivel de postgrado, realizó algunos cursos en esta área.

“Hoy en día ni siquiera vas al hospital y no hay ningún tipo de interdisciplina posible”

En cuanto a la posibilidad de prescripción por parte de los psicólogos él se encuentra en desacuerdo, alegando que esto estaría vinculado a intereses corporativos de los laboratorios e intereses económicos de los profesionales, más que al bienestar del paciente. Refiere que poder estar capacitado para ejercer esta labor implicaría una formación más amplia que

la de la psicofarmacología, incluyendo cuestiones vinculadas a la anatomía, fisiología, además marca que hay cuestiones de la formación de grado del psicólogo que atender, antes de tocar el tema de ampliación de incumbencias.

"(con respecto a medicar) creo que tenés que saber anatomía, tenés que saber fisiología, tenés que saber neurología, tenés que saber un montón"

"creo que antes de querer ampliar nuestras incumbencias deberíamos preocuparnos por mejorar lo que tratamos de hacer, que lo estamos haciendo no bien digamos, podríamos hacerlo mucho mejor"

El entrevistado mantiene la coherencia de su planteo inicial vinculado a la importancia de la diversidad de profesionales en un equipo de trabajo y del respeto de cada profesión, aludiendo a que él no quisiera medicar aunque tuviera esa posibilidad, y esto se observa también en la ausencia de comentarios con respecto a la labor de los psiquiatras y de los efectos de la medicación sobre los pacientes.

"Por más que tuviera la posibilidad de medicar no la cambiaría, seguiría prefiriendo trabajar con un psiquiatra y que sea él que se ocupe de esos problemas, yo me ocupo de lo que yo sé hacer"

Análisis de la entrevista realizada a profesional formado en la teoría Cognitivo – integrativa. (Cognitivista II)

1. SEXO

Masculino.....X.. Femenino.....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....X.....

41 a 50 años.....

51 años o más.....

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....X...

21 años o más.....

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....

Consultorio particular....X..

Investigación.....X

Docencia.....X

5. TÍTULO PROFESIONAL/ Licenciado en Psicología otorgado por (Universidad) UNMdP

En cuanto a la construcción de su rol profesional, destaca su

formación en psicoterapia individual y grupal y familiar, cada una con cursos de dos años de duración. A su vez remarcar que su trabajo siempre fue en equipo, con otros psicólogos, ya que considera que así se cuida tanto al profesional como al paciente.

Luego realizó algunos cursos de corta duración en la Facultad. Su formación fue en el marco cognitivo-social- integrativo, en lo que se denomina psicoterapia unificada. Relata un cambio actual en su equipo de trabajo orientándose hacia investigaciones trans-teóricas.

En un comienzo trabajo con el modelo cognitivo de Beck, pero luego fue cambiando porque consideraba que era muy estructurado y no le permitía trabajar con flexibilidad. Ligado esto se encuentran los motivos por los cuales eligió el modelo integrativo, ya que le permite tener en cuenta la singularidad del paciente y diagramar el tratamiento en función de esto (breve, intermedio, prolongado) e incluye terapéuticas probadas.

Si bien no se formó en otras teorías o disciplinas, su propio marco incluye elementos del modelo sistémico, conductista, psicoanálisis, humanismo y cognitivismo, integrados (desde el cognitivismo).

Se desempeña en la clínica particular, en un consultorio con otros psicólogos y ocasionalmente con profesionales médicos psiquiatras pero que no trabajan en el mismo lugar que él. No tiene contacto con profesionales de otras disciplinas salvo con estos, ya que al no abordar ciertas problemáticas, no requieren de los mismos.

Con respecto a los psiquiatras específicamente, dice que la relación no es de las mejores, en un 30% son buenas y en un 70% no. Si bien se

trabaja en conjunto con ellos, el psiquiatra se ocupa de la parte sintomática y el psicólogo de la relativa a la experiencia del sujeto. Su comunicación con estos es sólo vía telefónica, y en algunos casos.

No se formó específicamente en psicofarmacología, pero recibió cierta instrucción al respecto en un seminario realizado cuya temática era psicobiología de la depresión.

Piensa que sería bueno incluir algo de formación en psicofarmacología en la carrera de grado, pero no para medicar. Al respecto plantea que este movimiento está vinculado al mercado de los laboratorios, ya que existen muchos avances en investigaciones en psicoterapia, y lo que se está jugando ahí es en vez de tenerlos a los psicólogos como enemigos, hacer que estos también mediquen. No sólo estarían en el medio las obras sociales, sino también los laboratorios y Así, los psicólogos caerían en las leyes del mercado de los mismos. A su vez requeriría que se modifique mucho la formación y establece que siempre es bueno que dos personas trabajen con un mismo caso. Le parece bueno trabajar la psicología por un lado y la psiquiatría por otro.

En cuanto a la concepción que posee en relación a los psicofármacos, dice que recibe algunos pacientes medicados que cree que no lo necesitan, tiene que ver en cada caso con el caso y en aquellos en que es necesario lo ve como un recurso para estabilizarlo y poder trabajar.

Análisis de la entrevista realizada a profesional formada en la teoría sistémica (Sistémica I)

1. SEXO

Masculino..... Femenino...X....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....X....

51 años o más.....

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....X....

21 años o más.....

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....

Consultorio particular...X...

Investigación...X..

Docencia...X..

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad)

Lic. en Psicología (otorgado por UNMDP)

La construcción del rol es definida por la profesional a partir de su formación. Según su relato la misma comienza durante la carrera de grado, en la cual logró conocer acerca de cada uno de los modelos y teorías predominantes en psicología. En ese momento fue que le atrajo lo sistémico y continuo su formación en este marco luego de recibirse. También se formó en el marco cognitivo conductual por sentir que complementaba su mirada predominante, sistémica. A pesar de que las teorías sean afines (en tanto comparten una base epistemológica constructivista), es llamativo el hecho de que se haya formado en más de una, reconociendo que esto le permite complementar aspectos. Fue formada en una diversidad de modelos durante su carrera de pre grado y esto lo mantuvo en su formación de post grado, formándose no solo en teoría sistémica sino también en neuropsicología y en el marco cognitivo conductual. Esto muestra un reconocimiento de las limitaciones de las teorías para abarcar la realidad:

“El tema es que a lo largo de la práctica clínica había un montón de situaciones en donde por ahí el marco sistémico particular me resultaba un poco limitado.”

En su elección de una teoría que sostenga su práctica y formación, influyo predominantemente una visión personal de la realidad, que pudo sistematizar a partir de la teoría sistémica. Su mirada relacional, también se refleja en su postura con respecto a las diferentes teorías: postura de no exclusión y complementariedad (al menos entre aquellas con una misma base epistemológica).

En su práctica cotidiana, la Licenciada trabaja con diversos profesionales, destacando que es más fácil la comunicación con algunos. En este punto establece particularmente las dificultades y diferencias con los psicoanalistas restándole peso a las dificultades con otros profesionales de otras disciplinas. La relación que se establece en el trabajo interdisciplinario dependería no tanto de la profesión sino de la persona y su visión de la realidad y los fenómenos humanos. Con los psicoanalistas plantea que no es un trabajo en equipo, es más que nada un pasaje de información. Aunque no en todos los casos, con los psiquiatras ha logrado un trabajo más profundo y en equipo:

"...yo trabajo con dos o tres psiquiatras muy piolas que les bajan los síntomas para que vos puedas trabajar..."

El punto central, está en el lenguaje, los canales de comunicación, la capacidad de comunicarse con el otro profesional. En su formación recibió instrucción en el manejo del DSM lo cual considera esencial para el trabajo interdisciplinario:

"Si vos no hablas de DSM no te podés comunicar con ninguna otra profesión."

En cuanto al área de la psicofarmacología dice no tener formación sistemática pero que adquirió ciertos conocimientos en la práctica clínica y en algunos cursos en los cuales se incluían nociones básicas.

"De farmacología no vimos absolutamente nada, eso es algo que viene después, de la práctica clínica... vas aprendiendo con los mismos colegas"

Considera fundamental que se incluya en las formaciones ya que no

solo facilita el trabajo con otros profesionales, sino que también permite un seguimiento de aquello que toma el paciente y la posibilidad de reorientar el tratamiento y buscar las alternativas más adecuadas para el paciente. De alguna forma posibilita una retroalimentación entre profesionales (teniendo en cuenta que no siempre son los médicos psiquiatras los que prescriben, en muchos casos son médicos clínicos):

"...vos tenes que tener una noción para saber si está bien, si no está bien, si es la más apropiada, si no, si es necesario reajustar y mandarlo a un psiquiatra..."

Desde su concepción el psicofármacos en algunos casos imprescindibles y un recurso para controlar aspectos de los cuadros y permitir avanzar en la terapia.

Esta de acuerdo con la posibilidad de que el psicólogo prescriba, siempre y cuando tenga una formación adecuada. Remarca repetidamente la importancia de la formación y también el hecho de que esto no significaría la eliminación del psiquiatra, ya que muchos casos serían de tratamiento psiquiátrico exclusivo; los psicólogos solo abarcarían ciertas cuestiones puntuales.

"...en algunas cuestiones que son más habituales, ya les digo como depresión, ansiedad, control de impulsos, déficit de atención, etc. Podría ser, con una formación responsable..."

Los beneficios que podría acarrear la ampliación de incumbencias, los infiere a partir de su experiencia práctica, centrándose en la idoneidad del psicólogo para manejar la situación de prescripción (plantea que los

adolescentes necesitan un tiempo psicoeducacional por ejemplo, y que los psicólogos están capacitados para brindárselo).

“...incluso el adolescente mismo necesita más información, un tiempo psicoeducacional, (...) a veces te encuentras con psiquiatras que son muy piolas para dar en la tecla con la medicación justa, pero que no se bancan hablar con los padres...”

En relación a los aspectos técnicos, plantea que se necesita una formación más seria, pero que con ello, el psicólogo está capacitado desde otro lugar para abordar el tratamiento psicofarmacológico. Otros beneficios serían también no hacer intervenir a profesionales que quizás interfieran en la alianza terapéutica (con alguna intervención desde el sentido común o simplemente por participar del tratamiento).

Su argumento se centra la importancia de la seriedad de la formación. En cuanto a los riesgos son los mismos que ya existen, porque así como la psicoterapia muchas veces es un recurso mal utilizado (con intervenciones que afectan negativamente y en gran medida al paciente) si se habilitaría para la administración de psicofármaco, siendo estos también un recurso, podría estar bien o mal utilizado y llevar al mismo peligro: afectar negativamente al paciente. Considera que en este sentido la formación es lo que atenuaría dicho riesgo.

“Depende de la calidad de la formación, no porque en sí mismo el hecho de que el psicólogo pueda medicar sea un problema o genere un problema...”

Además resaltará la importancia de la forma en que se implementaría la ampliación de incumbencias. En función de la formación más amplia en el

área de la biología humana, el médico psiquiatra sería el que tendría el papel predominante en la determinación de la forma en que esto se llevaría a cabo: los casos en que sí, los casos en que no, etc. Deja abierto el interrogante con respecto a la viabilidad de que esto se lleve a cabo.

"... entre la utilidad que yo le doy en la práctica y como lo vamos a formar ¿sí? hay un salto importante..."

Posee una visión vinculada a que la recepción de la temática en los profesionales psicólogos dependerá de la línea teorías, estando los sistémicos y los cognitivos de acuerdo y quizás algunos psicoanalistas, aquellos más flexibles. En cuanto a los psiquiatras piensa que se opondría.

Análisis de la entrevista realizada a profesional formada en la teoría sistémica (Sistémica II)

1. SEXO

Masculino..... Femenino.....x...

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....

51 años o más.....x.....

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....

21 años o más....x...

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....

Consultorio particular...x...

Investigación.....

Docencia...x..

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad)

Lic. en Psicología, Universidad de Belgrano, Marzo de 1984.

La construcción del rol se encuentra en esta profesional de orientación sistémica construida por diversas experiencias, principalmente vinculadas con la formación. Entre ellas detalla: haber comenzado a trabajar con patología autista antes de recibirse, una formación personal de tipo existencial que influyo en su concepción de hombre y determino así mismo, una convicción con respecto al psicoanálisis como una teoría que no era apta para ella como profesional, hecho que también deriva en su formación en otras teorías: sistémica y existencialista en un comienzo y cognitiva más adelante luego de recibida.

Destaca la presencia de una docente también la marco en su formación, con ella obtuvo capacitación en la corriente rogeriana y

humanista. Con esta misma profesora después continuó en el área de investigación que le generó según ella un pensamiento epistemológico riguroso. Luego de recibirse, se formó en coterapias y vino a trabajar a Mar del Plata, siendo que ella no era nativa de la ciudad, por una recomendación de un colega vinculada con la existencia de oportunidades laborales en esta ciudad; con este colega trabajo en coterapias por varios años.

En cuanto a su formación, como ya se mencionó anteriormente, ella realizó una formación plural, tomando elementos de diversas teorías: sistémica, cognitiva, psicodinámico y existencialista. Actualmente trabaja utilizando un modelo integrativo sistémico y cognitivo, habiendo sido la sistémica su primera línea de formación. Considera que estos dos modelos con los que trabaja preferentemente le aportan herramientas complementarias para su trabajo clínico: dado que la orientación sistémica le permite focalizarse en el contexto mientras que la cognitiva le aporta el conocimiento sobre los procesos individuales del sujeto.

“Para mí son un buen complemento, en el sentido de que la sistémica te permite mirar el contexto, las interacciones, la ecología de las personas y la teoría cognitiva te permite mirar el interior de la persona”.

Considera que es importante la formación en estos modelos puros, es decir, cada uno por su lado, y que la integración la haga luego cada profesional con su estilo, aduciendo que es responsable el hecho de utilizar los modelos combinados por ser cada uno por su cuenta restrictivo en algún aspecto.

En cuanto a los trastornos, no considera que haya ninguno que no

pueda ser abordado desde su modelo, pero si hace la salvedad de que los trastornos orgánicos precisan como principal recurso de los psicofármacos y que hay teorías que pueden abordar mejor ciertos trastornos específicos que otras, por particularidades inherentes a la misma corriente.

“Creo que hay modelos que son más eficientes para determinados tipos de trastornos. Todos los trastornos que son de control conductual podríamos decir, las terapias cognitivo-comportamentales tienen alta eficacia”

Remarca nuevamente que una formación integral hace a la mejor calidad del profesional y plantea la necesidad de la especialización de los psicólogos en determinados trastornos y no que se ocupen de toda la diversidad de problemas existentes.

“Eso de que los psicólogos sepan todo, puedan tratar niños, adolescentes, adultos, trastornos de pánico, psicosis y lo que les venga y un divorcio por ejemplo, a mí me parece que no, no, no es adecuado, creo que hay que ir avanzado hacia la especialización”.

Con respecto al trabajo interdisciplinario, aclara que actualmente ya no trabaja de esa forma porque no atiende casos graves, pero ha trabajado con diversos profesionales por las áreas en las que desempeño, que fueron principalmente vinculadas a los trastornos alimentarios en distintas instituciones referidas a ese tema. Entre los profesionales con los que se vinculo se encuentran: psiquiatras, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, acompañantes terapéuticos. Específicamente su relación con los psiquiatras ha sido desde la postura de considerarlos como auxiliares, dado que considera y ella así se maneja en su práctica, que el psicólogo es quien

debe comandar el tratamiento.

"Creo que los psiquiatras tienen que estar al servicio, son auxiliares de los psicólogos"

Al derivar un paciente, relata que lo hace con indicaciones acerca de que medicación debe tomar y que los psiquiatras responden prescribiendo lo que ella indica porque confían en su forma de trabajo. No trabaja con psiquiatras que no acepten esta modalidad de trabajo.

"Si el psiquiatra no lo acepta, yo no voy a trabajar con ese psiquiatra porque creo que eso así y porque además creo que yo no lo merezco porque estudio y he estudiado farmacología y he hecho cursos (...) y he leído mucho..."

Refiere haber estudiado farmacología aunque no especifica si esta formación fue formal o informal, pero si intensa y reiterada.

Considera que debe haber formación en psicofarmacología en la carrera de grado, remarcando que *"un cursito solo no te sirve"*.

Está de acuerdo con la posibilidad de que los psicólogos prescriban, planteando como un argumento serio que ha escuchado en contra de esto el de que los psicofármacos afectan más sistemas además del cerebromente, lo cual podría derivar en complicaciones. Pero si considera que al menos deberían poder recetar algunos medicamentos básicos.

De hecho cree que deberían ser psicólogos los que prescriban, y que le parece una aberración que sean los psiquiatras que según su opinión no tienen conocimientos sobre cómo es la psicología normal, psicología evolutiva, psicología de la influencia, psicología de los vínculos, del

funcionamiento saludable de una persona, la organización psicológica y su relación con los eventos orgánicos.

Marca las dificultades que se tendrían desde otra corriente, como la psicoanalítica, donde por cuestiones teóricas, no se podrían implementar psicofármacos, porque se niegan cuestiones como los determinantes biológicos, que son inherentes al uso de este recurso

Destaca que el problema frente a la implementación de esta incumbencia vendría fundamentalmente de parte de los psiquiatras, a quien no cree mejor capacitados que los psicólogos para medicar.

Por último, plantea que habría una mala recepción por parte de la comunidad en general, y específicamente de parte de los psiquiatras.

“Les vamos a robar un pedazo, en realidad vamos a recuperar un territorio que ellos están pisando ilegítimamente”

Análisis de la entrevista realizada a profesional formada en la teoría rogeriana (Humanista- existencialista I)

1. SEXO

Masculino..... Femenino....X....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....

51 años o más.....X....

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años.....

21 años o más....X...

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial.....

Consultorio particular...X...

Investigación...X..

Docencia...X..

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad)

Lic. en Psicología (otorgado por UNMDP)

La profesional comienza hablando de la construcción del rol en función de dos puntos esenciales: la edad en la que se recibió que cree que condicionó la posibilidad de trabajo y por otro lado la concepción de la psicología como una Ciencia.

Con respecto al primero de los factores, fue el que determinó que comience trabajando en escuelas mientras se seguía formando, a la vez que comienza a trabajar en comunidades terapéuticas remarcando en estas el trabajo en

equipo. Este le permitió continuar formándose y crecer en la profesión. Con respecto al segundo factor, el hecho de mirar a la Psicología como una ciencia, generó que se acerque a la teoría rogeriana, la cual le daba el respaldo que según ella necesitaba. Esto, desencadenó la formación en dicha teoría.

Destaca que el psicólogo es un experto en las relaciones interpersonales, y que su marco teórico le permitió trabajar sobre ella misma a nivel actitudinal, y desarrollar ciertas habilidades como la escucha y la empatía. La teoría rogeriana más allá de lo profesional la remite a ella como persona.

Acerca del trabajo en equipo, lo ve como algo fascinante e incluye dentro de la denominación "equipo" al paciente:

"Porque para mí el trabajo en equipo implica poder charlar con otros pero también poder charlar con el que nos consulta."

Lo considera además de fascinante, interesante debido a que aquello que se fracciona es sólo un artificio. Asimismo, opina que el verdadero trabajo en equipo interdisciplinario es el que se da en las instituciones:

"Porque si no trabajas en institución de que equipo me vas a hablar acá adentro ¿sí? Bueno hay otros colegas, tenemos grupo de supervisión, que no les llamamos de supervisión, fiel a nosotros pero bueno..."

Plantea que es difícil trabajar de esta forma cuando, en la vida del profesional se modifican las necesidades, urgencias y deseos, sin ahondar demasiado respecto a este punto.

Específicamente respecto al médico psiquiatra, diferencia entre su

experiencia anterior en equipos interdisciplinarios en comunidades terapéuticas en donde todos coincidían en la utilización de los mismos criterios, y su etapa de trabajo posterior a dicha experiencia donde hablar con los psiquiatras se torna “particularmente denso”. Existen según su criterio algunos profesionales que le prestan más atención al decir del psicólogo y otros que no.

En relación a los psicofármacos, plantea que muchas veces se requiere su acción para permitirle pensar al sujeto que padece el dolor psíquico, lo cual es esencial para el trabajo terapéutico. Asimismo en los casos agudos que requieren sin lugar a dudas del psicofármaco. Sin embargo a su criterio estos casos son una gran minoría, son extremos y puntuales.

También desarrolla la idea de que si hay que dar una medicación es porque hay que suprimir algo, alguien está enfermo y hay que curarlo, distinguiendo que ella no adhiere a estos conceptos de salud-enfermedad.

No posee formación sistemática en relación a la temática, si no que sus conocimientos provienen de lo aprendido en la práctica. Piensa que quizá se podría incluir algo de psicofarmacología en la formación de grado pero aún así plantea que no es lo que más le preocupa con respecto a la instrucción del psicólogo.

“... pero no tengo una ninguna formación sistemática, sería. Más o menos uno termina sabiendo en que consisten determinadas drogas. Y la experiencia en el hospital, y cuando era más joven la experiencia en los colegios (...).”

Específicamente en relación a la posibilidad de que el psicólogo prescriba, plantea la necesidad de preguntarse: ¿para qué tendría que medicar el psicólogo? Y a su vez lo liga a una crisis de identidad de la Psicología:

“Creo que a nosotros nos parece que nuestra profesión es más importante si nos parecemos mas a los médicos.”

Lo piensa como un movimiento impulsado por los laboratorios, ya que existen más psicólogos que psiquiatras y eso permitiría que crezca su mercado.

Análisis de entrevista realizada a profesional con formación de base psicoanalítica pero que utiliza en su práctica elementos del humanismo.

(Humanista- existencialista I I)

1. SEXO

Masculino..... Femenino...x.....

2. EDAD

Hasta los 30 años.....

31 a 40 años.....

41 a 50 años.....

51 años o más.....x..

3. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL

Hasta 5 años.....

6 a 10 años.....

11 a 20 años....x.....

21 años o más.....

4. INSERCIÓN LABORAL

Institución asistencial..x....

Consultorio particular.x.....

Investigación.....

Docencia.....

5. TITULO PROFESIONAL/ otorgado por (Universidad)

Lic en psicología

La profesional comienza relatando la construcción de su rol en función de una situación personal: su insatisfacción con el trabajo que tenía, su edad, y la necesidad de recibirse y comenzar a trabajar con rapidez. Liga esto a sus primeros trabajos que fueron en instituciones, específicamente en Comunidades terapéuticas. También habla acerca de su formación, que de base fue psicoanalítica y de su experiencia personal en terapia también en esta misma línea. No obstante esto, en su práctica incluye herramientas de otros modelos, ampliando su formación de base. Menciona que ha aprendido a “poner el cuerpo”, ser plástica en las intervenciones, y ha incluido conceptos que toma del humanismo, que suplieron aspectos deficitarios que ella deriva de lo “intelectual” de su formación, como por ejemplo el concepto de amor.

Actualmente se desempeña en un CPA, en el cual trabaja con un

equipo interdisciplinario que incluye además de los psicólogos, asistente social, abogada, operadores terapéuticos, profesor de educación física y en los casos que lo requieren, trabajan con médico clínico y médico psiquiatra. Su experiencia en este tipo de trabajo ha sido buena, pero remarca que esto depende de gran medida de la gente que está involucrada y del surgimiento de celos y rivalidades. Dice creer en la interdisciplinariedad así como en el reconocimiento del lugar de cada profesional.

“Ponele yo me acuerdo cuando empecé a trabajar acá las operadoras no podían intervenir en determinados espacios, y, bueno me parecía que no necesariamente, las operadoras también tienen un saber ¿sí? Y yo las sume a mis grupos”

En relación al vínculo con los médicos psiquiatras, plantea que siempre ha sido bueno tanto en el ámbito privado como en el institucional. En este último existe según su criterio, escasez de horas de trabajo con ellos, así como también faltan otros tipos de recursos. En lo privado, remarca que siempre se debe estar comunicado con el psiquiatra, tanto cuando el paciente está bien, como cuando no.

En cuanto a la temática de la psicofarmacología, lamenta no haber tenido formación en esa área, ya que con el tiempo le concedió más importancia, abandonando la creencia de que con la palabra se solucionaba todo; sobre todo frente a casos con un gran monto de angustia o en adicciones. La profesional tuvo un cambio en su concepción de la psicofarmacología, marcando la diferencia entre la misma cuando era estudiante y en su práctica profesional.

La entrevistada está de acuerdo con la hipotética posibilidad de que se amplíen las incumbencias del psicólogo para que pueda administrar psicofármacos, con una formación pertinente (que no solo incluiría psicofarmacología, también por ejemplo mayores conocimientos sobre la psicosis); y esclareciendo como se actuaría en ciertos casos específicos en los que existan peligros por las contraindicaciones del fármaco. Resalta la importancia de que exista la posibilidad de que el profesional que quiera, lo pueda hacer, quizás como una especialidad más dentro de la psicología. Con respecto a posibles aspectos negativos que conlleve la mencionada incumbencia, marca un posible conflicto de intereses entre la parte “farmacológica” del tratamiento y la parte que concierne específicamente a la palabra, por el hecho de que la misma persona administre ambas.

Vinculado al tema, habla acerca del lugar que poco a poco va tomando el profesional psicólogo en la sociedad, donde cada vez se reconoce más su ámbito y labor, por lo cual marca que quizás la recepción del mencionado debate no sea mala. Específicamente menciona que en la ciudad de Mar del Plata hay pocos médicos psiquiatras, por lo que tal vez una ampliación de incumbencias en el sentido mencionado favorecería y reforzaría las falencias existentes en el sistema.