



Las Trabajadoras Sociales y los cuerpos en riesgo

María José Acevedo

mrjs.acevedo@gmail.com

Introducción

Nuestro trabajo desde hace más de veinte años se sitúa en la intersección de tres campos: el de la intervención en terreno, el de la investigación, y el de la formación de grado y continua de profesionales del Trabajo Social. En todos los casos nuestro abordaje teórico-metodológico de esta práctica profesional se inscribe en el marco de una *psicosociología clínica*, dirigida tanto al análisis de las prácticas sociales como a la de los contextos institucionales en los que se desarrollan.

Esta comunicación está referida a las observaciones recogidas en el curso de intervenciones centradas en el “análisis de la práctica profesional” de equipos de Trabajo Social, constituidos mayoritariamente por mujeres, e insertos en Servicios Sociales de instituciones hospitalarias de la Ciudad de Buenos Aires. Los interrogantes que se nos plantearon, frente a la demanda de acompañamiento de dichas profesionales, estuvieron ligados al impacto subjetivo derivado de las exigencias vinculadas a la naturaleza misma de este trabajo y de las condiciones institucionales de ejercicio de la profesión.

Investigaciones previas sobre este tipo de práctica nos suministraron información de carácter general respecto del tema. Supimos así que las(los) Trabajadoras(es) Sociales que se desempeñan en los Servicios Sociales de las instituciones de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires son consideradas(os) funcionarias(os) del área, cuya tarea está por lo tanto normativizada. Su rol es definido como el de agentes encargados de articular las necesidades de la población con los recursos que ofrecen el Sector Salud del Gobierno de la Ciudad y otras organizaciones comunitarias, facilitando el acceso a los mismos de manera equitativa. Las incumbencias del rol profesional están referidas a acciones tales como “promover, favorecer, capacitar, orientar, mejorar, prevenir, asesorar”, y ello apelando a la idoneidad de las(los) profesionales para promover y



coordinar dichas acciones desde el propio servicio y en constante colaboración con el resto de los servicios hospitalarios.

Por otra parte su tarea en este tipo de instituciones las(los) confronta permanentemente con situaciones en las que, al sufrimiento derivado de la enfermedad, se suman el desamparo y las carencias de un número siempre creciente de personas de todas las edades. La intervención que les es requerida por los pacientes que acuden al Servicio Social consiste en aliviar situaciones penosas, generalmente estructurales, cuya solución, en la mayoría de los casos, depende de decisiones de índole política en las que estas(os) profesionales no tienen injerencia alguna.

En lo que se refiere a la formación de grado de estas(os) profesionales las mismas investigaciones nos advirtieron que ella está dirigida a proveerles recursos técnicos y conocimientos teóricos acerca de las problemáticas en las que deberán intervenir, pero en ningún caso esos recursos están referidos a comprender el impacto que el contacto continuo con la violencia social e institucional, real y simbólica, sufrida por las personas que demandan su ayuda, tendrá a nivel de su propia salud y de sus vínculos. El estudio universitario no las capacita entonces en el uso de estrategias que, además de asegurar la eficacia de sus actos profesionales, les ayude a preservar su salud psíquica y física. La preocupación por cubrir esa vacancia guía entonces nuestra propia práctica en los tres campos mencionados al inicio.

El dispositivo de intervención

Cuando hablamos de Análisis de las Prácticas Profesionales estamos aludiendo a una gama bastante amplia de teorías y dispositivos cuya diversidad radica en sus distintas concepciones acerca de cuestiones tales como: la relación entre saber teórico y saber práctico; la mayor o menor incidencia de la representaciones compartidas por un cierto colectivo profesional sobre las modalidades que adoptan sus prácticas; la importancia acordada a la búsqueda de eficacia en el trabajo; o la relevancia que se le otorga a los



factores psicológicos que intervienen tanto en la relación con la tarea como en la cualidad de los vínculos generados por ella.¹

Estas cuestiones de orden teórico están a su vez ligadas a propósitos también específicos como son: contribuir a la formalización y conceptualización de una cierta disciplina a partir del análisis de las experiencias acumuladas en la práctica; propiciar el desarrollo de nuevos sentidos respecto del hacer profesional habilitando así modificaciones en su ejercicio; ayudar a los profesionales a resolver los problemas que les plantea su trabajo y a lograr por ende una mayor eficacia; o/y llevar a cabo una “...*elaboración psíquica* de la propia práctica, a posteriori de su ejercicio”.²

En nuestro caso la intervención consiste en animar la reflexión llevada a cabo por un grupo restringido de profesionales de una misma disciplina, que realizan el mismo tipo de práctica, acerca de las temáticas a las que se enfrentan habitualmente y que les plantean una alta exigencia cognitiva y/o emocional. En los sucesivos encuentros, mantenidos, en el lugar y horario de trabajo, se analiza colectivamente una problemática definida previamente por el propio grupo; cada integrante del mismo comparte durante algunos minutos sus experiencias en relación al tema, relato que muestra la manera en que las significó en cada uno de aquellos momentos, y cómo las interpreta actualmente. Las rondas finales de intercambio, en las que cada participante reformula sus planteos iniciales a partir de lo escuchado de sus colegas, aseguran la profundización del análisis.

De reunión en reunión esos fragmentos de experiencias vividas a lo largo del ejercicio de la práctica, van conformando lo que llamamos el *relato de vida profesional* de los distintos miembros del grupo; el mismo podrá o no, según los casos, adoptar la forma escrita, pero supondrá inevitablemente un cambio de perspectiva sobre el problema y, por lo tanto, una modificación del propio posicionamiento profesional en relación a él. En síntesis el análisis colectivo del pasado habrá engendrado una “otra historia” que abrirá el camino a una proyección profesional menos sujeta a la repetición. El relato autobiográfico individual así socializado y analizado grupalmente nos permite promover

¹ Blanchard-Laville, C., Fablet, D. (2001), Fuentes teóricas y técnicas del Análisis de las Prácticas Profesionales. Paris, L'Harmattan

² Blanchard-Laville C., (2001), “Aprendizaje, formación y trans/formaciones en un grupo de Análisis de la Práctica Profesional”.



una movilización identitaria en dos planos que se retroalimentan mutuamente: el del sujeto singular y el del colectivo profesional.

Los dispositivos de “análisis de las prácticas” tienen su origen en los Grupos Balint. Como sabemos el principal objetivo de dichos grupos es el análisis, por parte de los interventores, de los movimientos transferenciales y contra-transferenciales de los sujetos que los integran. Se privilegian entonces los procesos inconscientes vinculados al ejercicio de una práctica determinada. Actualmente ciertas corrientes de análisis de las prácticas siguen esa línea. En nuestras intervenciones en cambio, que como dijimos al principio, tienen una orientación psicosociológica, el análisis se centra en las representaciones, los valores, las expectativas, los afectos positivos y negativos que se juegan en la práctica cotidiana de los profesionales en sus espacios de trabajo. No obstante, si bien este dispositivo no prevé interpretaciones psicoanalíticas en el campo, en su carácter de *analizador construido*, pondrá en evidencia cuestiones del orden de “lo no dicho” referidas a la tarea, incluidas aquellas vinculadas a estrategias defensivas de orden inconsciente sobre las cuales el interventor dirigirá la atención del grupo a partir de sus señalamientos.

En síntesis puesto que la demanda de los equipos profesionales que nos consultan es la de un acompañamiento destinado al logro de una mayor comprensión de las situaciones ligadas al ejercicio profesional, su expectativa es necesariamente la de un cambio. Entendemos que, tratándose de colectivos de trabajo insertos en un medio institucional, dicho cambio involucra tanto la dimensión subjetiva de la práctica como la intersubjetiva y la de la estructura organizacional en cuestión. En otras palabras, la elucidación de los conflictos internos de un colectivo de trabajo no puede dejar de tener efectos en las relaciones que este mantiene con el resto de los grupos institucionales y supondrá, por lo tanto, modificaciones en la dinámica de funcionamiento de la organización.

El Trabajo Social, una práctica sexuada

El objeto de nuestras reflexiones no será por lo tanto aquí la situación de las personas que necesitan de la intervención de las Trabajadoras Sociales, y las competencias



requeridas para realizarla. Como expertos de las ciencias sociales ellas pueden, y lo hacen muy bien, evaluar la multiplicidad de causas de orden económico, político, cultural, etc. que contribuyen al estado de cosas en las que son llamadas a intervenir en el campo de la salud pública. Nuestro interés consiste entonces en analizar el otro polo de esos fenómenos: el de los efectos psicosociológicos que esos hechos sociales producen en los sujetos a los que se atribuye, y que asumen, la responsabilidad de su tratamiento.

A fin de precisar aún más nuestro objeto de estudio conviene aclarar algunos puntos:

En primer lugar ¿quién es este sujeto, profesional del Trabajo Social, al que nos referiremos? Un sujeto psíquico, sujeto de la conciencia y del inconsciente, sujeto que desea, piensa, imagina, y se emociona...; un sujeto social con capacidad de conocer, de crear y de modificar su entorno, que establece lazos de amor o rivalidad, que se comunica, que se asocia con otros, que coopera o compite...; un sujeto jurídico con derechos, responsabilidades y obligaciones hacia el conjunto...; un sujeto político que participa o se abstiene de intervenir en la vida ciudadana; un sujeto, en fin, en el que se condensan potencialmente todas esas funciones y procesos cuyo desarrollo o inhibición estará supeditado a las condiciones que el medio les ofrezca. Funciones y procesos que tienen por sede el cuerpo, un cuerpo biológico heredado de la especie, el de las disposiciones instintivas y perteneciente al mundo objetivo, el cuerpo del que se ocupa la ciencia médica; y simultáneamente un cuerpo erógeno, singular de cada uno, fruto del contacto físico y fantasmático con la madre, cuerpo en el que se asentarán a lo largo de la vida las experiencias subjetivas estudiadas en profundidad por el Psicoanálisis.³ Es el cuidado de ese cuerpo que percibe la realidad, se moviliza, experimenta placer y dolor, que se entrega y se proyecta, el que aquí nos convoca.

En segundo término es necesario señalar que el cuerpo al que nos referimos es un cuerpo femenino puesto que, como ya señalamos, en el campo de la salud el trabajo social es mayoritariamente ejercido por mujeres. Esto nos permite afirmar que desde la perspectiva de la división social del trabajo nos encontramos frente a una práctica inscripta en lo que se ha dado en llamar “trabajo femenino”; denominación directamente vinculada a actividades que el mercado laboral ofrece a las mujeres en

³ Dejours, Ch. (2001), *Le corps, d’abord*. Paris. Payot.



virtud de los atributos que la cultura reconoce como propios de la “naturaleza femenina”, es decir, la capacidad para hacerse cargo de funciones ligadas al cuidado y sostén del otro, un otro desvalido, vulnerable y sufriente. Es desde esa condición de género, y los imaginarios ligados a ella, que las profesionales nos hablan de las agresiones físicas de distinta naturaleza y gravedad, de las amenazas, el sometimiento afectivo, el abandono, la descalificación sistemática, que se encuentran en el origen de los traumatismos, a veces irreversibles, sufridos por las personas que recurren a ellas en búsqueda de ayuda. Es también en función de los estereotipos respecto de la capacidad femenina de reparación y de empatía que las solicitan los pacientes y sus familiares, y que requieren su intervención los otros profesionales que integran los equipos asistenciales (médicos, psicólogos, enfermeros).

Condiciones institucionales de la práctica

Analicemos ahora los recursos con los que cuentan estas profesionales para enfrentar los desafíos a los que las expone su práctica profesional en el ámbito de la salud pública. Hicimos alusión más arriba a dos tipos de déficits en este sentido:

-el que proviene de una formación inicial que no promueve el análisis de los factores psicológicos movilizados por el ejercicio profesional, y que, por lo tanto, induce conductas omnipotentes en personas que eligen esta profesión animadas por una fantasía de salvación, no siempre consciente o expresada en términos ideológicos que no admiten cuestionamiento,

-la ausencia de un marco organizacional que cumpla con las funciones estructurantes implícitas en el “contrato narcisista” del que nos habla René Kaës; de una legalidad institucional restrictiva pero protectora, que de sentido a los actos profesionales y favorezca los vínculos de cooperación necesarios para el cumplimiento de los objetivos del conjunto. ⁴

Dado que uno de los interrogantes con los que abordamos nuestras intervenciones es la incidencia del contexto institucional en las formas que asumen las prácticas,

⁴ Acevedo, M.J. (2010), *El Trabajo Social y la “organización prescindente”*, en J.J. Ferrarós Di Stéfano (comp.) *Práctica profesional. Satisfacción y Malestar en el Trabajo*. SECyT, U.B.A.



referiremos brevemente las cuestiones que surgen más reiteradamente en los espacios de análisis de las prácticas en las instituciones de salud.

- Situaciones contractuales y salariales inequitativas que derivan en enfrentamientos interpersonales,
- Masividad de la demanda que evoca en las Trabajadoras Sociales la auto-percepción de su práctica como la de *"bomberos siempre corriendo para apagar incendios"*,
- Una organización del trabajo que distribuye a las Trabajadoras Sociales en distintas salas y programas, donde a menudo se sienten auxiliares del equipo médico, lo cual les impide el trabajo con las colegas del propio servicio, debilitando así la identidad profesional del equipo,
- La dificultad para lograr que los profesionales de otras disciplinas comprendan el sentido de los actos profesionales de las Trabajadoras Sociales. La imposibilidad de estas de hacer valer los propios argumentos, desemboca en una evitación de los intercambios y, por lo tanto, en la fragmentación de un proceso de atención integral de la salud que exige una articulación de las distintas prácticas,
- La falta de reconocimiento por parte de la institución y del resto de los profesionales, en ocasiones incluso de los colegas, da lugar a un progresivo aislamiento, empobreciendo a lo largo del tiempo el sentido del propio quehacer profesional y desalentando la lucha por modificar las situaciones penosas.

Las Trabajadoras Sociales “ponen el cuerpo”

El análisis que venimos de hacer acerca de la naturaleza misma de este tipo de práctica profesional, y de las condiciones en las que se ejerce en las instituciones públicas de salud, corrobora el hecho de que las Trabajadoras Sociales a las que nos referimos están expuestas de manera permanente a una alta carga psíquica. La pregunta entonces es ¿con qué recursos psicológicos enfrentan cotidianamente el sufrimiento derivado de esas exigencias a fin de no enfermar?



Las Trabajadoras Sociales han sido formadas para cuidar de otros, no de ellas mismas. Si bien la ayuda al semejante, vulnerable e indefenso, supone una experiencia compasional, es decir el movimiento de identificar el sufrimiento en el otro a partir de lo que genera en uno mismo, en este caso la percepción de la propia vivencia aparece como sistemáticamente negada. Mostrar frente a esos otros, pacientes o profesionales, o incluso frente a las colegas, que se toleran mal las problemáticas propias del oficio, es vivido como un signo de debilidad, o peor aún, puede derivar en sospecha de ineptitud profesional. La inexistencia de espacios instituidos de reflexión sobre la práctica, favorables a un análisis colectivo de las problemáticas asumidas solitariamente, es sin duda una falencia frecuente en las instituciones de salud. No obstante, algunos equipos han percibido la necesidad de esos intercambios y, aunque inicialmente los conciben sólo en función de mejorar su atención a los pacientes, al cabo de cierto tiempo logran instalar en esos espacios de reflexión las condiciones de seguridad psicológica que les permiten pensarse a sí mismas, sin limitarse a los aspectos técnicos de sus actos profesionales.

Surgen así, en el curso de estas reflexiones -habilitadas por dispositivos como el que hemos descripto- los mecanismos defensivos utilizados, individual y colectivamente para protegerse del sufrimiento derivado de un trabajo que implica el contacto constante con la violencia real y simbólica padecida por aquellos a los que se asiste, trabajo que requeriría enfrentar ese sufrimiento sin desestabilizarse. Ahora bien, el sufrimiento de las mujeres en relación a la violencia se juega en dos frentes: el externo, esto es, el temor a la agresión del otro, y el de carácter intrapsíquico: la angustia provocada por la emergencia de la propia violencia. En este caso las Trabajadoras Sociales están expuestas al sufrimiento en ambos planos: no sólo son objeto de agresiones externas en la medida en que frecuentemente carecen de los recursos reales para responder a las demandas; también deben protegerse del conflicto intrapsíquico que supone la hostilidad que inevitablemente crece en ellas como reacción al sufrimiento al que las someten esos semejantes que sufren y cuya vulnerabilidad las remite a la propia. Es este último tipo de vivencia la más comúnmente reprimida; si la expresión de la violencia en la mujer es culturalmente inadmisibles, el “saber hacer discreto” que caracteriza a las profesiones femeninas vinculadas al servicio y la asistencia excluye radicalmente esa posibilidad. Los



mecanismos defensivos femeninos, por lo tanto, a diferencia de los masculinos, no transforman el sufrimiento en violencia sino que se proponen un rodeo de la realidad penosa.⁵

La hiperactividad es, en nuestra experiencia, la estrategia defensiva colectiva más habitual utilizada por las Trabajadoras Sociales. Mientras logra sostenerse, esta defensa maníaca, que discursivamente se enuncia como “*en este tipo de trabajo hay que poner el cuerpo*”, y que en algunos casos se transforma en una verdadera “ideología defensiva del oficio” -tal como es descripta por la Psicopatología del Trabajo-anestesia, o al menos debilita, la percepción del sufrimiento, pero su costo para la economía psíquica es altísimo y sus efectos somáticos fácilmente detectables. La fatiga crónica, los cuadros depresivos, la merma de la creatividad en el trabajo y variadas patologías de carácter psicosomático son los riesgos de este oficio cuando la práctica profesional no encuentra apoyo en el colectivo de pares y en los marcos institucionales.

Buenos Aires, Julio de 2012.-

Edición:

**Cátedra I de Psicología Institucional y Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario.
Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.**

Fecha de Publicación:

Agosto de 2012

http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/144_psico_institu1/trabajos.php?a=12

**Universidad de Buenos Aires - Facultad de Psicología - Psicología Institucional Cát. I – V.H. Schejter
Hipólito Yrigoyen 3242, Ciudad de Buenos Aires, República Argentina, CP:C1207ABQ
Teléfono: 4931-6900, int. 145**

⁵ Molinier, P. (2003) El enigma de la mujer activa. París. Payot.