

*MIRADAS SOBRE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL
DE LOS TRABAJADORES SOCIALES:
AYUDA, ASIGNACIÓN SOCIOECONÓMICA Y EMPATÍA*

*INSIGHTS ON THE PROFESSIONAL ACTIVITY
OF SOCIAL WORKERS:
HELP, SOCIO-ECONOMIC ASSIGNMENT AND EMPATHY*

Pedro Daniel Martínez Sierra¹

Resumen: El presente artículo se desprende de una tesis de doctorado, cuyo objetivo consistió en analizar las representaciones sociales de los médicos en torno a las prácticas profesionales de los trabajadores sociales. Para su desarrollo, se retomó la perspectiva de las representaciones sociales de Serge Moscovici. En términos metodológicos, el estudio se apejó al enfoque sociogenético de orientación cualitativa; en concordancia, las técnicas e instrumentos para la recuperación de los datos empíricos fueron cuestionario, ejercicio de asociación libre y entrevista, dirigidos a médicos de base y residentes de especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología, oncología, terapia intensiva y patología del Hospital General de México. Los hallazgos se organizaron en las tres dimensiones de las representaciones sociales: campo de representación, actitud e información, las cuales dieron cuenta de que, en la representación social de los médicos, el trabajador social figura como un personal con funciones administrativas que ayuda a las personas con problemas socioeconómicos mediante la gestión de servicios sociales. *Palabras claves: prácticas profesionales, representaciones sociales, médicos, trabajadores sociales, campo de la salud*

1 Doctor en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor de Carrera de Tiempo Completo en la Escuela Nacional de Trabajo Social de la UNAM.



Abstract: This article stems from a doctoral thesis, the objective of which was to analyze the social representations of doctors around the professional practices of social workers. For its development, the perspective of Serge Moscovici's social representations was retaken. In methodological terms, the study adhered to the qualitatively oriented sociogenetic approach; Accordingly, the techniques and instruments for the recovery of empirical data were: questionnaire, free association exercise and interview, aimed at base doctors and residents of specialties such as internal medicine, pediatrics, gynecology, oncology, intensive therapy and pathology of the "General Hospital of Mexico". The findings were organized in the three dimensions of social representations: field of representation, attitude and information, which showed that in the social representation of doctors, the social worker appears as a staff with administrative functions that help people with socio-economic problems through the management of social services. Keywords: professional practices, social representations, doctors, social workers, health field

Introducción

En el presente apartado, se analizan los vínculos profesionales que indican la relevancia de develar las representaciones sociales del gremio médico sobre los trabajadores sociales dentro de un escenario interactivo como es el hospital, el cual permite la construcción de informaciones, conocimientos y creencias sobre las prácticas de distintos profesionales del equipo de salud, y en donde se entranan redes de significación que admiten la identificación y validación para ocupar un espacio laboral dentro de dicha institución.

Al respecto, autores como Elliot (1974), Freidson (1978) y Tenti (1989) señalan que las profesiones han sido clasificadas en fuertes o débiles a partir de sus bases de conocimientos científicos, objetivos, actividades y roles. En la contemporaneidad, Aguayo (2006) las nombra desde dos tipos: eruditas, doctas o científicas y prácticas o de consulta, diferenciándolas por sus opciones valorativas, políticas, técnicas y metodológicas.

Dentro de las carreras eruditas, doctas o científicas, se encuentran Medicina, Derecho e Ingeniería; sus prácticas profesionales han gozado de un alto prestigio social debido a su amplia formación intelectual, competencias

técnicas, campos de conocimiento y especialidad funcional. Las profesiones prácticas o de consulta están integradas por Trabajo Social, Enfermería y el profesorado, ubicadas en espacios sociales e institucionales, pero sin el suficiente reconocimiento jurídico, económico y político.

Trabajo Social es considerada una profesión de las ciencias sociales consumidora del conocimiento teórico de varias disciplinas como la sociología, la psicología y la antropología, colocándose en el ámbito de las ciencias sociales aplicativas porque surgió como una actividad práctica y con un saber empírico a la que poco le preocupó la construcción de conocimientos científicos (Banda, 2009), situación que ha influido negativamente en la identificación del lugar que ocupa frente a otras disciplinas. Tales imprecisiones disciplinares son un factor que dificulta el desarrollo de sus prácticas profesionales al generar una tensión permanente entre lo que los trabajadores sociales consideran que les corresponde y lo que otros están dispuestos a concederles. Su falta de prestigio y atractivo para los directivos refleja la poca prioridad para la dotación de recursos que ha conducido a que su ejercicio profesional se dificulte porque la delimitación de sus funciones depende no solo de la validación de ellos mismos, sino de otros profesionales y directivos de las instituciones, quienes pueden percibir o no su rol con claridad.

En cambio, Medicina es un ejemplo de profesión “erudita, docta o científica”, definida como una ciencia de grandes aportaciones científicas a la humanidad; su objeto de estudio son las enfermedades, sus causas, tratamientos y prevención, para conservar, prolongar y restablecer la salud (Aguayo, 2006). El hecho de que una profesión sea reconocida por abordar un aspecto vital de la sociedad como lo es la vida juega un papel importante en la creación de su propio sentido de identidad.

Socialmente, la medicina ha sido representada como profesión de vanguardia, poder, jerarquía y prestigio gracias a su ámbito ocupacional, identidad diferenciada, formación académica, autonomía, credibilidad y poder social conferido por el Estado. Esta posición les permite a sus profesionistas generar restricciones al personal que no pertenece a su carrera, al ocupar lugares decisivos en diferentes ámbitos institucionales, particularmente en salud, sobre el diseño, mantenimiento y control de los servicios sanitarios.

Para los médicos, el sector salud representa su principal campo de actuación, donde profesiones como Enfermería, Psicología y Trabajo Social, entre otras, ocupan grados jerárquicos menores y dependen en gran medida de los



diagnósticos de dichos profesionistas para el desarrollo de sus funciones (Detmer, 2009). Estas instituciones poseen una estructura jerárquica con relaciones de coordinación y subordinación que corresponden a la organización general de los servicios sanitarios. Por tanto, no resulta extraña la diferencia salarial del médico con otras profesiones ante el aumento de especialidades, la incorporación de equipos sofisticados y la complejidad de las enfermedades, lo que contribuye a que este grupo tenga mayores derechos para acceder a nuevos códigos salariales y prestaciones económicas.

Particularmente, la relación que los trabajadores sociales establecen con los médicos ha sido desde una función auxiliar, donde, si bien ambos se refuerzan, siguen lógicas e intereses distintos. En el campo de la salud, la relación entre estos profesionistas se da en los tres niveles de atención, al incluirse en un tratamiento integral para el paciente; así, su vínculo profesional se vuelve más estrecho ante la complejidad de las problemáticas que presentan los usuarios.

El primer nivel de salud resuelve el 80 % de los padecimientos; el resto son remitidos al segundo y tercero. Aquí se desarrollan principalmente acciones de contacto inicial o preventivas basadas en el modelo de medicina familiar (promoción, educación, protección específica y atención a los enfermos). La confluencia de las prácticas se da de acuerdo con el caso, desplegando funciones y responsabilidades en trabajo social como localización de familiares, visitas domiciliarias, canalizaciones, obtención de recursos, intervención en crisis y otras.

En el segundo y tercer nivel hay poca variabilidad en su conceptualización al estar integrados por hospitales de alta tecnología e institutos especializados que brindan servicios de internación. Presentan mayor infraestructura para la atención a los pacientes gracias a sus especialidades: medicina interna, pediatría, cirugía general, geriatría, oftalmología, radiología, oncología, patología y otras. Aquí la relación entre médicos y trabajadores sociales muestra una mayor consistencia a diferencia del primer nivel, pues requiere de una vigilancia más específica del equipo interdisciplinario por el deterioro en la salud de sus usuarios.

De acuerdo con el *Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas del Hospital General de México* (2016), el nexo entre ambas profesiones se resume en cuatro procesos sustantivos:

- 1) La investigación sociomédica: los trabajadores sociales elaboran protocolos que discuten con el personal médico. En ellos, estudian los factores sociales que influyen en los procesos de salud-enfermedad; su análisis sirve como elemento fundamental para valorar las condiciones sociales en las que se encuentran los pacientes al recibir sus tratamientos.
- 2) Educación para la salud: en colaboración con médicos y equipos multidisciplinarios, los trabajadores sociales participan en procesos de enseñanza-aprendizaje sobre temas de salubridad y orientan al paciente con información sobre la elección y mantenimiento de prácticas saludables para el cuidado de su salud.
- 3) Reintegración de pacientes a control médico: el trabajador social tiene un papel importante en la reincorporación de los pacientes que han abandonado el tratamiento prescrito por los médicos y que requieren atención prioritaria. Se encarga de localizarlos vía telefónica o realiza una visita domiciliaria para identificar la causa del abandono y ofrecerles nuevas alternativas.
- 4) Apoyo social hacia los pacientes y su familia: a partir del diagnóstico médico, el trabajador social brinda atención directa a los pacientes y a sus familias, dentro del marco institucional donde se desarrolla su actividad profesional, al proporcionarles asesoría y contención ante situaciones difíciles. También informa sobre los procedimientos para realizar diversos trámites en el hospital como pagos, altas, defunciones y otros servicios.

Las actividades vinculatorias entre médicos y trabajadores sociales permiten suponer que existen opiniones, conocimientos y creencias sobre los trabajadores sociales a partir de las situaciones enfrentadas, en donde intervienen factores que implican una serie de retos, desórdenes, dilemas e incertidumbres, que dificultan la estandarización de prácticas por más rutinarias que parezcan. Frente a la complejidad de las problemáticas sanitarias que viven los pacientes, su labor en la vida cotidiana del hospital facilita la construcción de lazos profesionales que configuran universos simbólicos; por tanto, la pregunta que



sirvió como hilo conductor del estudio fue ¿cuáles son y cómo se organizan las representaciones sociales de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales?

Para responder a dicha interrogante, el texto se organiza en cuatro apartados, en el primero se presenta una aproximación hacia las conceptualizaciones, discusiones y posicionamientos desarrollados por distintos teóricos e investigadores del campo de las representaciones sociales, centrados en los conceptos y premisas que han sido útiles para el desarrollo de este estudio. El segundo describe de forma sistemática los procedimientos metodológicos empleados en las distintas etapas de la investigación, los cuales se trabajaron desde el enfoque sociogenético. El tercero expone los resultados que develaron las representaciones sociales de médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales mediante las dimensiones de esta teoría. Finalmente, se concluye el estudio con un apartado de consideraciones, donde se sugieren nuevas discusiones, producto del análisis de las representaciones sociales y que pueden ser retomadas por otros investigadores interesados en este campo de conocimiento.

Marco teórico

La teoría de las representaciones sociales fue el principal basamento teórico desde el cual se trabajó este estudio; en el campo de la investigación social y educativa ha sido empleada como una de las opciones teóricas y metodológicas actuales que explica cómo los sujetos ven y dan sentido a su realidad, según su propio sistema de referencias (Cuevas y Mireles, 2016). Su uso permite comprender cómo se constituye y organiza el conocimiento de sentido común que autoriza a los individuos la toma de decisiones o definir sus comportamientos en la vida cotidiana.

La perspectiva teórica señalada fue acuñada en la obra *El psicoanálisis su imagen y su público* de Serge Moscovici, que se interesa por estudiar la configuración del sentido común, las creencias, ideas, opiniones, actitudes y sentimientos. La noción de representaciones sociales es multifacética y se alimenta de diferentes unidades que circulan alrededor de un contexto integrado por personas y grupos, lo que deriva en el conocimiento y en la posición que demuestran los individuos en torno a la realidad social.

Definir conceptualmente qué son las representaciones sociales ha sido difícil, pese a utilizarse reiterativamente en distintas investigaciones. El impedimento estriba en que estas son un concepto complejo y polifacético que produce una encrucijada entre dos disciplinas: psicología social y sociología, lo que genera una dispersión argumentativa basada en el énfasis brindado a las dimensiones culturales o las estructuras cognitivas.

Rateau (2016) resume los modos de apropiación en tres modelos que contribuyeron en la comprensión de los fenómenos sociales. El primero, denominado sociogenético, desarrollado por Moscovici (1979) a través de *El psicoanálisis su imagen y su público*, y por Jodelet (1989b) con el estudio de *Las representaciones sociales de la locura*; el segundo, sociodinámico, formulado en Ginebra, cuyo máximo exponente es Doise (1985); el tercero, estructuralista, trabajado en la escuela Aix-en-Provence por parte de Abric (2001). Cada uno ha brindado distintos énfasis al estudio de las lógicas cognitivas o sociales, derivando en la generación de orientaciones conceptuales y metodológicas que proporcionan distintas rutas paradigmáticas a esta teoría.

Por su parte, Banchs (2000) refiere que, en Europa, el 90 % de las publicaciones sobre representaciones sociales son orientadas a lo estructural y trabajadas desde la organización de cogniciones relativas a un objeto. Rateau (2016) describe este enfoque como el mayor hito de la teoría de representaciones sociales al proporcionar un marco conceptual que permite estudiar las representaciones estables y no solo las que emergen, al ofrecer un marco de análisis para captar la interacción entre el funcionamiento individual y los contextos sociales en los cuales se desenvuelve el individuo. En el caso de América Latina, aunque se encuentra la presencia de ambos enfoques, según Banchs (2000), es más frecuente localizar el polo procesual que focaliza el análisis en las producciones simbólicas y los significados del lenguaje, los cuales permiten estudiar el contenido de las representaciones sociales surgidas de la vida cotidiana.

En tanto, Moscovici (1979, p. 18) refiere que las representaciones sociales son “[...]un corpus organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación”. Esta conceptualización ha sido punto de partida para la generación de diversas interpretaciones por parte de los seguidores de esta teoría como Abric, 2001; Doise, 1985; Jodelet, 1984 y



Herzlich, 1975; obteniendo gran notoriedad los trabajos realizados por Jodelet, quien fuera alumna y colaboradora más cercana de Moscovici. En la definición que brinda, refiere las representaciones sociales como:

[...]una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos se manifiestan en la operación de procesos generativos y funciones socialmente caracterizadas. En un sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades del pensamiento práctico, orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. (Jodelet, 1984, p. 474)

En la explicación descrita se toma el sentido común como principal vía de identificación de las representaciones sociales, al que Moscovici (1979) precisa como un conocimiento práctico, autónomo y diferente al científico, determinado por una realidad social construida dentro de los límites de la cultura, permitiéndoles a los sujetos poder enfrentarla. En consecuencia, es una forma humana de percibir el mundo, su especificidad se encuentra en el proceso social a través del cual los hombres hacen inteligible una realidad. En concordancia, Jodelet (1984, p. 473) lo define como aquél que: “[...]se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social”.

Por su parte, Rateau enfatiza en la complejidad de la noción al describirla desde dos sentidos:

por un lado, en cuanto a que se constituye por innumerables situaciones, por una multitud de acontecimientos y por una multiplicidad de individuos y grupos; por otro lado, porque se nos pide, durante nuestras interacciones cotidianas, que tomemos decisiones, que nos pronunciamos sobre tal o cual tema, o aún, que expliquemos tal o cual comportamiento. (2016, p. 498)

La cita ilustra que este pensamiento no puede ser considerado como homogéneo al estar influido por factores sociales como el sexo, la región geográ-

fica, el nivel socioeconómico y educativo, entre otros, que son generadores de esquemas y líneas de demarcación de identidades e interacciones sociales.

Ante este conjunto de elementos es claro que la identificación de las representaciones sociales va más allá de estudiar un pensamiento organizado, debe reconocerse que estamos ante “sistemas sociocognitivos que poseen una lógica y un lenguaje en particulares de ‘teorías’ de ‘ciencias’ sui géneris destinadas a descubrir la realidad y ordenarla” (Farr, 1984, p. 496).

Para entender este concepto, producto de la era moderna, Moscovici (1979) señala que existen tres dimensiones mediante las cuales pueden ser estudiadas:

- 1) **La información:** describe la organización, características, fuentes de información, cantidad y calidad de conocimientos que posee un grupo con relación a un objeto social. Surge a partir del contacto con el objeto de representación y de las prácticas desarrolladas en torno a él. Presenta propiedades diferentes evidenciadas a través de la comunicación social.
- 2) **El campo de representación:** alude un aspecto preciso del objeto, por lo que remite a la idea de imagen, modelo social y contenido, constituye un espacio figurativo articulado. Proporciona también un conjunto de elementos que sirven para contextualizar el objeto y describen la jerarquización de aspectos que quedan concretamente integrados en la representación. Este universo supone la idea de modelo social y contenido concreto, vinculado a un aspecto preciso del objeto de la representación que constituye un espacio articulado para contextualizar y describir la jerarquización de elementos que quedan concretamente integrados a esquemas figurativos.
- 3) **La actitud:** Es considerada como la dimensión más primitiva de las dos anteriores. Se evidencia desde la disposición positiva o negativa que presenta una persona hacia el objeto de representación. En consecuencia, posibilita el conocimiento del tipo de orientación que ubica los comportamientos.



Según Moscovici (1979, p. 45), estas dimensiones de las representaciones sociales “se organizan de maneras diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos como clases, culturas o grupos existentes. Cada universo, según nuestra hipótesis, tiene tres dimensiones, la actitud, la información y el campo de representación o la imagen”. Al respecto, Wagner y Elejabarrieta (1994) aclaran que las representaciones sociales no las poseen ni tampoco este planteamiento corresponde a una modelización teórica. Es por ello que, en este estudio, se utilizaron como una posibilidad operativa para detectar información, estructura, tendencia evaluativa y contenidos concretos desde un enfoque sociogenético.

En relación con el enfoque sociogenético, Rateau (2016) afirma que ha sido fundamentado en un modelo de racionalidad argumentativo caracterizado por desarrollar estudios descriptivos basados en el análisis de la lógica, el diálogo, la conversación y la persuasión que manifiesta el sujeto dentro de un contexto. Este enfoque señala la parte constituyente de las representaciones que integran “contenidos que vienen dados por informaciones, actividades, imágenes y en general por universos de opiniones, proposiciones, reacciones y evaluaciones que produce la significación social de los objetos” (Wagner y Elejabarrieta, 1994, p. 263).

Por tanto, este estudio se dirige desde el modelo sociogenético que presenta una orientación de tipo cualitativa y socioconstruccionista con vinculaciones sociohistóricas y culturales, que centran su interés en los aspectos significantes y constituyentes, así como en los contenidos de la actividad representada, los cuales se describen con detalle en el apartado metodológico.

Metodología

Escenario de relación profesional: Hospital General de México

El punto de partida para el abordaje metodológico es la presentación de algunas particularidades del escenario de estudio por ser un elemento que condiciona sustancialmente la relación entre sujeto y objeto de representación social. El Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” es el lugar elegido para estudiar las representaciones sociales de los médicos. Pertenece a la

Secretaría de Salud (ssa) y es una institución descentralizada del Gobierno federal con personalidad jurídica y patrimonios propios. Se ubica en la colonia Doctores de la Alcaldía Cuauhtémoc en la Ciudad de México (CDMX).

La institución señalada forma parte de una red de nosocomios que prestan servicio público en el centro del país y ofrece a la población tres niveles de atención en salud mediante un equipo interdisciplinario integrado por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, nutriólogos, odontólogos, optometristas, dermatólogos, químicos, técnicos laboratoristas, personal administrativo y otros, que contribuyen en la consolidación de servicios médicos de alta especialidad. La población que acude principalmente a este hospital son personas de escasos recursos no registradas en la seguridad social, que tampoco tienen acceso a los servicios privados. Pese a esta condición, no puede ser considerada una institución de atención totalmente gratuita.

Para el desarrollo de este estudio, el Hospital General de México fue seleccionado por ser una de las principales unidades receptoras de médicos residentes de todo el país, además de un hospital-escuela de gran relevancia por su alto desarrollo en áreas de enseñanza, investigación, docencia y modelos de atención en las especialidades. Sus egresados han tenido un papel relevante en la historia de la medicina mexicana, convirtiéndose en un escenario de supremacía en la formación y la práctica médica. Cuenta con una de las plantillas más grandes de México en el ámbito sanitario, integrada por 6,125 recursos humanos; de éstos, el 14.4% (890 plazas) son médicos; 31.1% (1,914 plazas), enfermería; 25.8% (1,580 plazas), paramédicos (trabajadores sociales, nutriólogos, psicólogos y otros); 0.6% (36 plazas), de investigación; 6.2% (387 plazas), residentes; 21.3% (1,302 plazas), rama administrativa; 0.6% (34 plazas), mandos medios y superiores, quienes laboran los 365 días del año, las 24 horas del día (Hospital General de México, 2017). Posee una estructura organizacional definida a partir de relaciones de autoridad, que aluden a diferencias estatutarias entre los profesionistas conformantes del equipo de salud. Está integrado por más de 48 unidades médicas en las cuales se configura una vida cotidiana construida a partir de la complejidad de necesidades y problemáticas de los pacientes, que no solo requieren una intervención médica, sino también social, lo que permite la vinculación entre el rol médico y el trabajo social en actividades como casos médico-legales, traslados, ingresos, altas, defunciones, programas de educación para la salud y otros.



Participantes de estudio

Los médicos fueron elegidos por su papel de autoridad, fuente de poder y conocimiento, desempeñados en el ámbito hospitalario. Su ejercicio laboral les permite crear una relación de mando con todas las profesiones sanitarias al ocupar los niveles jerárquicos más altos y los lugares decisivos sobre el diseño, mantenimiento y control de los servicios de salud.

Dado que la investigación no buscó examinar los resultados con fines estadísticos y probabilísticos ni generalizar los hallazgos en el grueso de la población, pero sí desarrollar un análisis profundo de las expresiones, la cantidad de médicos no fue delimitada *a priori*. Se construyó con base en las posibilidades de ingreso al campo, de modo que el proceso estuvo definido en gran medida por las decisiones de las autoridades del hospital. Por tanto, quedó de la siguiente forma: 27 médicos de base (personal definitivo que ocupa plazas de medio tiempo o tiempo completo en las instituciones de salud) y 105 médicos residentes (médicos generales que estudian una especialidad, asisten a clases en el hospital, a sesiones generales y desarrollan actividades asistenciales, quirúrgicas, de docencia e investigación).

Apoyados en un muestreo teórico definido por Adelardo (2006) como el proceso de recolección, codificación y análisis de datos de manera simultánea para generar una teoría, se definieron los siguientes criterios para la selección de los participantes.

- a) **Médicos residentes o de base del Hospital General de México:** con los primeros, los trabajadores sociales tienen una mayor relación profesional al ser el principal enlace operativo para el abordaje de la problemática social del paciente; los segundos poseen una mayor jerarquía y trayectoria laboral que les brinda una visión particular sobre estos profesionistas.
- b) **Contar con un año de antigüedad en el hospital como mínimo:** este criterio brinda la posibilidad de seleccionar médicos con mayor experiencia y conocimientos que pueden influir en la construcción de representaciones sociales.

Técnicas e instrumentos

Con el fin de lograr una mayor aproximación al objeto de estudio, fueron seleccionadas herramientas interrogativas y asociativas como cuestionario, asociación libre y entrevista. En el caso de los dos primeros, se aplicaron a 132 médicos; de los cuales, 105 eran residentes y 27 de base. Respecto a la entrevista, se desarrollaron ocho: cinco con residentes y tres con personal de base. Las preguntas que integraron las técnicas e instrumentos se organizaron bajo las categorías de información, actitud y campo de representación.

La dimensión de información posibilita anticipar el nivel de significatividad que puede generar la práctica profesional de los trabajadores sociales; por ende, es importante explorar su relación laboral para identificar las fuentes de información utilizadas en la representación de este objeto. Respecto a la actitud, interesó recuperar las valoraciones que orientan las posturas de los médicos. En el caso del campo de representación, se analizó la imagen que tienen los médicos sobre dichos profesionistas. Estas tres dimensiones sirvieron para develar el contenido de las representaciones sociales de los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Cuestionario y ejercicio asociativo

El instrumento estuvo conformado por dos secciones: datos generales y ejercicio de asociación de palabras.

- a) La primera tuvo como fin caracterizar a la población de médicos participantes, analizar desde qué perfiles construyen sus representaciones sociales, mediante la recuperación de datos como sexo, edad, especialidad reciente, tipo de personal, antigüedad laboral y cargo en el hospital. Los resultados fueron procesados en una base de datos del programa SPSS-v 18 (Statistical Package for the Social Science), donde se sistematizaron en frecuencias y porcentajes.
- b) La segunda consistió en un ejercicio de asociación de palabras utilizado para recolectar elementos constitutivos que integran el campo de representación. Se usó para recuperar la producción verbal de



los términos empleados por los médicos para referirse a “la práctica profesional de los trabajadores sociales”, frase que conformó el estímulo en la generación de vocablos. Para realizar esta actividad, se solicitó a los médicos escribir tres términos que recordaran. Las palabras asociadas tenían que jerarquizarse con el objetivo de identificar la importancia o cercanía con el enunciando inductor, donde 1 es la de mayor importancia; 2, importante y 3, menos importante. Finalmente, debían responder a través de una oración por qué eligieron estos vocablos.

La sistematización del ejercicio asociativo se logró mediante la técnica de redes semánticas naturales (Valdez, 1999; Reyes, 1993), la cual permitió recuperar datos como Valor J (tamaño de la red), VM (peso semántico), VFMG (distancia semántica) y Conjunto SAM (Semantic Assotiation Memory), que integró las 9 palabras con los pesos semánticos más altos (mayores al 18 %) y dio cuenta del esquema figurativo de la cadena asociativa.

Entrevista

Esta técnica estuvo acompañada de una guía semiestructurada, integrada por diez preguntas dirigidas a médicos que la aceptaron tras aplicarles el cuestionario. La elaboración de la guía no fue un documento formalmente estructurado, sino solo un recordatorio de los temas a indagar, trabajados desde la dimensión de información y actitud, en interrogantes abiertas y ordenadas de lo general a lo particular.

No fue posible determinar la cantidad de entrevistados *a priori*, de los 132 médicos participantes en el cuestionario, 22 aceptaron; no obstante, solo se concretaron ocho entrevistas, cinco con residentes y tres con personal base de distintas especialidades. El tratamiento de las entrevistas se describe a continuación.

En primer lugar, se transcribieron en un procesador de textos (Word). Los testimonios seleccionados se presentaron con fines de confidencialidad y organización de la información bajo los siguientes códigos: (E) entrevista y (#) número de folio. Con la intención de identificar el tipo de médico, se utilizó

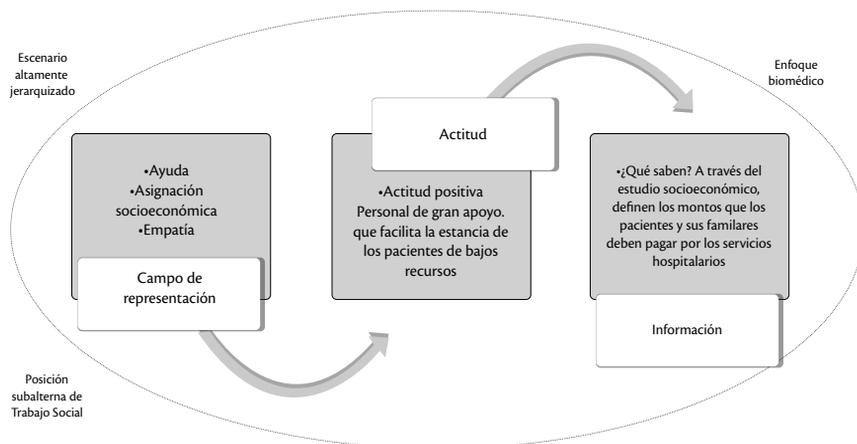
(MB) para médico de base y (MR) en el caso del residente, seguido del año de avance en la especialidad (#). Por ejemplo, E5-MB y E3-MR3.

Transcrita la información, y con base en la orientación epistemológica y metodológica del estudio, se procedió a la interpretación. Para ello, el análisis de contenido fue seleccionado, dado que implica una lectura de hechos, acciones y discursos, cuyo fin es desentrañar con minuciosidad los diferentes aspectos que integran las unidades de sentido, pero, al ser interpretados, develan relaciones de significados guardados para los sujetos. Estos elementos se organizaron a través de las dimensiones de las representaciones sociales: campo de representación, actitud e información.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados que develan la representación social de los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales. Para lograrlo, se inicia con la caracterización de los médicos participantes en el estudio, que sirvió para comprender los perfiles desde los cuales construyen sus representaciones sociales. Enseguida, se dan a conocer las palabras y discursos médicos recuperados de la asociación libre, cuestionario y entrevista, organizados en las tres dimensiones de las representaciones sociales: campo de representación, actitud e información. El orden elegido de las dimensiones facilitó vincular la relación entre sus elementos y responder a los planteamientos centrales del estudio, que develan que la representación social sobre la práctica profesional del trabajador social corresponde a un ejercicio basado en actividades de ayuda para simplificar la estancia de los pacientes en el hospital. Aunque no minimizan su importancia, los médicos, al considerarlos una pieza clave del movimiento hospitalario, no los representan como un grupo de profesionistas que contribuyan en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad de los pacientes con conocimientos del área social, pues asocian su práctica principalmente con tareas administrativas como la aplicación de estudios socioeconómicos. Dichos planteamientos se resumen en la figura 1.

Figura 1
Síntesis de la representación social de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales



Elaboración propia.

Perfil de los participantes

De los 132 médicos que participaron en el estudio, 60 % (79) eran mujeres y 40 % (53) hombres; ellas mostraron mayor disposición para colaborar. Debe señalarse que, de este universo médico, sobresalió en un 21 % (27) el personal de base con un rango etario de 35 a 60 años, cuya antigüedad laboral era de 6 a más de 36 años, tiempo en el cual han prestado sus servicios a la institución y que refiere experiencias reflejadas en el dominio de su práctica (ver Tabla 1).

Sobre el número de entrevistados del personal de base, tres participaron, dos del sexo masculino y uno del femenino; ambos especialistas y subespecialistas titulados de un posgrado en las áreas de medicina interna, terapia intensiva, genética, entre otras. Tienen una antigüedad de 18 a 21 años, reflejo de conocimientos y experiencias sobre la dinámica hospitalaria; laboran en el turno matutino durante una jornada de ocho horas, bajo el cargo de médicos adscritos, puesto de rango medio en la estructura organizacional.

Tabla 1
Concentrado de datos generales de los médicos participantes en el cuestionario

Pregunta	Principales opciones	Resultados
Sexo	Femenino	60 %
	Masculino	40 %
Edad	20 a 30 años	64 %
	31 a 40 años	19 %
Especialidad reciente	Medicina interna	35 %
	Pediatría	17 %
	Otro (terapia intensiva, patología, neumología, endoscopia, oftamología, etc.)	17 %
Tipo de personal	Médico residente	79 %
	Médico de base	21 %
Antigüedad laboral	1 a 5 años	86 %
	6 a 10 años	4 %
Cargo actual en el hospital	Médico operativo	95 %
	Médico de confianza	5 %

Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

La trayectoria profesional de los médicos de base es amplia e inicia desde su ingreso a la carrera hasta su colocación como especialistas en el sector salud. Algunos de ellos realizaron sus especialidades o subespecialidades en México y el extranjero; otros se han desempeñado como docentes e investigadores de prestigiosas universidades como la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y hay quienes ocuparon puestos de jefatura y coordinación en los servicios del hospital.

Durante la trayectoria formativa de los médicos de base, los principales puntos de encuentro con los trabajadores sociales han sido las unidades hospitalarias, sobre todo en su etapa de médicos internos, prestadores de servicio social y residentes, donde realizaron rotaciones en distintos servicios, lo que



les permite construir una forma particular de entender la práctica de estos profesionistas.

El segundo grupo participante estuvo conformado en un 79% (105) por médicos residentes, de los cuales, cinco jóvenes de 25 a 30 años aceptaron la entrevista. Ellos cursan un posgrado de tiempo completo en primero, tercero y cuarto año en las especialidades de Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Oncología y Anatomía Patológica. Son recién egresados de universidades públicas como la Facultad de Medicina de la UNAM, la Universidad Autónoma de Guerrero (UAGro) y la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (UAEM); poseen un título y cédula de licenciatura emitida por la SEP como Médicos Cirujanos.

Al encontrarse en una etapa de formación profesional, los residentes que cursan en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2008), un posgrado bajo el *Plan Único de Especializaciones Médicas* (PUEM), realizan un trabajo de asistencia a los pacientes desarrollando ininterrumpidamente del primero al último año. Dentro de la estructura organizacional del hospital, este grupo de médicos tiene un “bajo rango” por ser personal subordinado al médico adscrito, lo que significa que deben seguir órdenes y cumplir con los deberes impuestos, dado que cualquier acto inadecuado que desencadene la residencia tiene implicaciones para el titular. Su permanencia en la institución es transitoria y se integran al equipo médico bajo un contrato de becario que contiene cierta naturaleza laboral al integrar una jornada de trabajo, derechos a periodos vacacionales, bonos sexenales, acceso al servicio de comedor y prestación de uniformes; sin embargo, no generan antigüedad.

La experiencia profesional de este grupo de médicos corresponde principalmente a las prácticas desarrolladas durante sus procesos formativos, es decir, el internado médico y el servicio social. Las actividades que efectúan los residentes dependen del tipo de especialidad y sobre todo de su nivel de avance académico, lo que les permite una mayor intervención con el paciente. Realizan un trabajo de asistencia a los pacientes desarrollado ininterrumpidamente del primero al último año. Como parte de su formación profesional, tienen una carga de 34 horas semanales más las guardias médicas, estancias intrahospitalarias obligatorias que pueden prologarse hasta 36 horas continuas; asimismo, deben asistir a seminarios de atención médica, investigación y educación.

Las funciones que desarrollan les facilitan tener contacto con otros profesionales como los trabajadores sociales, sobre todo, para el seguimiento de aspectos sociales del paciente: el pago de servicios médicos, la localización de familiares, las derivaciones, la búsqueda de albergues y otras orientaciones sobre los servicios hospitalarios.

La información presentada evidencia que estamos frente a sujetos con marcos sociales matizados por una profesión con una fuerte predeterminación social, incluso sobre los rasgos personales de quienes la ejercen. El grupo en cuestión ocupa un lugar privilegiado en el sector salud, son acumuladores de poder y conocimiento, en sus relaciones sociales con los demás profesionistas anteponen sus trayectorias e identidades; por consiguiente, las maneras en que ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su modo de vida tienen como telón de fondo la formación y jerarquía médica que nutre la producción de representaciones sociales.

Campo de representación: La ayuda como característica de la práctica del trabajador social

Para trabajar la dimensión denominada campo de representación, se diseñó un ejercicio asociativo integrado por los apartados “tres palabras”, “jerarquización” y “redacción de una frase sobre el orden brindado”. En cada uno, los sujetos expresaron, sin restricción, sus ideas, valoraciones y pensamientos sobre la frase inductora: “práctica profesional de los trabajadores sociales”. El criterio para seleccionar y organizar la información recayó en las palabras que obtuvieron los pesos semánticos más altos de la cadena asociativa.

Respecto a los primeros resultados del ejercicio de asociación libre, se destaca que los médicos lo desarrollaron en cuatro minutos, tiempo en el cual escribieron tres palabras relacionadas con la frase inductora; luego las jerarquizaron y redactaron una oración. En total, se obtuvieron 396 palabras organizadas del 1 al 3, y 396 frases, pues por cada término escribieron una, cuya extensión alcanzó un promedio de 14 caracteres. En el contenido de sus expresiones se identificaron valoraciones, definiciones y descripciones del objeto utilizadas únicamente para direccionar los significados de los términos.



La sistematización del ejercicio asociativo se logró mediante la técnica de redes semánticas naturales (Valdez, 1999; Reyes, 1993), la cual permitió recuperar datos como *Valor J* (tamaño de la red), *VM* (peso semántico), *VMG* (distancia semántica) y *Conjunto SAM* (*Semantic Assotiation Memory*), que integró las nueve palabras con los pesos semánticos más altos (mayores al 18%), y dio cuenta del esquema figurativo de la cadena asociativa.

Se produjo una red de 396 palabras. Los médicos no presentaron dificultades para el desarrollo del ejercicio al escribir los tres términos, organizarlos jerárquicamente y dar una explicación sobre su significado. El procedimiento mencionado permitió identificar que la “práctica profesional de los trabajadores sociales” es un objeto de representación para los médicos porque las palabras escritas no están disociadas de la frase estímulo (Valdez, 1999), además, hay un grado de cohesión entre los términos de 5.42, el cual es un indicativo del nivel de consenso entre algunos vocablos.

Se concentró una lista final de 73 términos; de los cuales, 9 tuvieron los pesos semánticos más altos, entre ellos, *ayuda*, *asignación socioeconómica* y *empatía*, con un grado alto de 104 a 61 repeticiones; mientras que *amabilidad*, *trámites administrativos*, *orientación*, *responsable*, *pacientes* y *resolutivos* obtuvieron un nivel medio de 49 a 26; en tanto, los 64 vocablos restantes muestran un grado de dispersión (19 a 1).

La palabra *ayuda* presentó el rango de aparición más alto de toda la cadena asociativa (104), seguida de *asignación socioeconómica*, pero con 35 puntos de diferencia. A partir de este término, la distancia con los demás fue más estable al oscilar en un rango de 3 y 12 puntos. Para visualizar cómo se relacionan los términos que integraron la red, se agruparon por significado, similitud, relación y peso semántico; solo *pacientes* no fue considerada de este modo por ser una palabra complementaria al significado de las principales. Esta concentración facilitó la identificación de dos campos semánticos denominados “cualidades” y “actividades” de los trabajadores sociales.

En el campo semántico “cualidades de los trabajadores sociales” se agruparon cinco de los nueve términos que integran el *Conjunto SAM*: *ayuda*, *empatía*, *amabilidad*, *responsable* y *resolutivos*. Fue titulado de esta forma porque sus significados apuntaron hacia rasgos, características y peculiaridades percibidas por los médicos en el comportamiento del trabajador social, cuando éste desarrolla su práctica con los pacientes y familiares. Integró los vocablos de mayor sentido positivo y dinamismo de la red, por la amplitud de sus signi-

ficados, que en conjunto concretaron la imagen de una práctica asociada con una actitud de servicio; tales vocablos tuvieron el 51 % del peso semántico del *Conjunto SAM*, solo entre *ayuda* y *empatía* hubo 55 menciones de diferencia, los demás presentaron distancias cortas que oscilaron entre los 12 y 3 puntos (ver Tabla 2).

Tabla 2
Cualidades de los trabajadores sociales

Palabras	VM (peso semántico)	VFMG (distancia semántica)
Ayuda	104	100 %
Empatía	61	59 %
Amabilidad	49	47 %
Responsable	32	31 %
Resolutivos	26	25 %

Elaboración propia con base en los resultados del ejercicio de asociación libre.

Los médicos asociaron la práctica de los trabajadores sociales con una serie de cualidades: *empatía*, *amabilidad* y *responsabilidad*, las cuales parecieran innatas o que vienen por añadidura sobre quienes ejercen algún tipo de ayuda hacia grupos en situación de carencia socioeconómica o emocional. Los términos mencionados refirieron actos de comportamiento relacionados con afecto, buen trato, comprensión de sentimientos, y dieron cuenta de una actuación que tiene como sellos distintivos humanismo, calidez, solidaridad y altruismo.

Por otro lado, el segundo grupo de palabras, denominado “actividades de los trabajadores sociales”, recopiló términos que describen tareas específicas de su ejercicio profesional, enunciadas a partir de las experiencias de los médicos con estos profesionistas. Dichos vocablos tuvieron el 29 % del peso semántico del *Conjunto SAM* y se integraron por *asignación socioeconómica*, *trámites administrativos* y *orientación* (ver Tabla 3).



Tabla 3
Actividades de los trabajadores sociales

Palabras	VM (peso semántico)	VFMG (distancia semántica)
Asignación socioeconómica	69	66%
Trámites administrativos	38	37%
Orientación	35	34%

Elaboración propia con base en los resultados del ejercicio de asociación libre.

La *asignación socioeconómica* es la segunda palabra de la red con el mayor número de repeticiones (es decir, un peso semántico de 69); fue considerada como la más específica y generalizadora de la lista. Los médicos asociaron la práctica de los trabajadores sociales con diversos *trámites administrativos*, por ejemplo, el estudio socioeconómico y la orden de pago. Aunque ocupó el quinto lugar de la red y tuvo 38 de peso semántico, la palabra *trámites* fue la más utilizada en el contenido de las frases, al mencionarse no solo en los términos directamente vinculados con esta actividad, sino como complemento de las oraciones escritas para explicar otros vocablos con los cuales se asocia la práctica profesional: asesoría, atención, orientación y otras.

Para continuar con el proceso de identificación de las representaciones sociales, es necesario presentar el análisis de la dimensión “actitud”, pues en su universo de campo de representación se identificaron principalmente expresiones con una orientación positiva, negativa o neutra, perfiladas a la dimensión de actitud con un peso semántico importante en la integración de la red semántica. Con el análisis de esta dimensión se contribuye a develar cómo es valorada la práctica profesional de los trabajadores sociales por los médicos y qué tipo de posiciones asumen al respecto.

Actitudes: ambivalencias sobre la importancia de la práctica

Para trabajar la dimensión de actitud, se utilizó la entrevista a fin de identificar valoraciones de los médicos. La pregunta detonadora que permitió recuperar la importancia, nimiedad o indiferencia que estos profesionistas conceden a la práctica fue ¿cuál es la importancia que tiene la práctica profesional de los trabajadores sociales en el hospital?

Aunque los médicos no minimizan la importancia de la actividad profesional del trabajador social por las características de la población que acude a la institución, sus aportaciones profesionales no son valoradas como trascendentes en las discusiones médicas, pues las identifican más dentro de una función administrativa, dadas las características de su puesto técnico-operativo con una orientación hacia los trámites. Así lo expresó un médico residente en este testimonio:

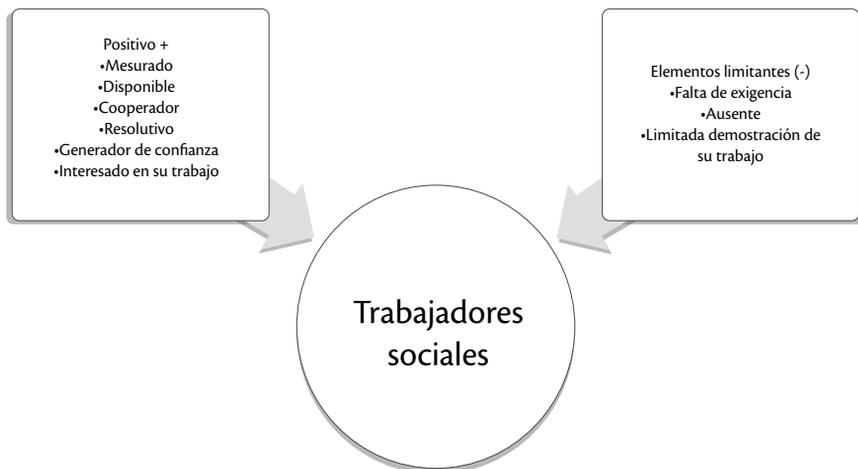
[...]sí son una parte muy importante, sí son un gran apoyo en todos los servicios en general del hospital, porque se trabaja con mucha población de bajos recursos, entonces, yo creo que sí son una parte importante, más aquí que es un hospital de Secretaría que son miles de trámites... (E1-MR3)

Según los médicos, las acciones de asistencia y ayuda al necesitado son la razón de ser de la práctica de los trabajadores sociales en el hospital; sin embargo, las actividades desarrolladas no los llevan a distinguir un conocimiento especializado en estos profesionistas. Algunos, por su formación biopsicosocial, están más sensibilizados con las problemáticas sociales de los pacientes y valoran la importancia de los trabajadores sociales al integrarlos en discusiones sanitarias.

Para los médicos, la práctica profesional de los trabajadores sociales no se destaca por saberes o conocimientos, sino por una actitud de servicio. Así, en torno a su comportamiento profesional, se identificaron en la entrevista las siguientes expresiones recurrentes: *medido, disponible, cooperador, resolutivo, generador de confianza, interesado en su trabajo, falta de exigencia, ausente y limitada demostración de su trabajo*. Las enunciaciones presentadas están clasificadas en la figura 2 en dos categorías, positiva y elementos limitantes, según la connotación brindada por los sujetos.



Figura 2
Valoraciones sobre el trabajador social



Elaboración propia con base en entrevistas.

Sumado a lo anterior, la actitud de los médicos hacia el objeto no es unívoca, responde a las características del servicio, y sobre todo a sus experiencias con diferentes tipos de trabajadores sociales. Por un lado, revela una orientación positiva al describirlos como sensibles, empáticos y comprensivos con las necesidades de la población de bajo estrato socioeconómico, y se les otorga una carga afectiva-emotiva al identificarlos en la prestación de asistencia social. Pero también establecen una negativa debido a un perfil bajo que evidencia poco sus habilidades, la carencia de rigor científico en sus interpretaciones, sus límites en su horario laboral o su ausencia en las discusiones con otros grupos profesionales. Así lo señala en su discurso una médica de base:

Mucho tiene que ver con la personalidad de los trabajadores sociales. Son poco presuntuosos, poco demostrativos de su actividad profesional, nos dan todo su trabajo sin preguntar. Creo que eso es lo fundamental... les falta ser más exigentes, 'cacarear más el huevo'. (E8-MA)

Según lo anterior, los médicos describen la personalidad de los trabajadores sociales como “pasiva”, por la timidez con la que actúan para demostrar la importancia de su actividad, rasgo que consideran como un factor influyente en el débil reconocimiento de su práctica. Aunque los médicos destacan una buena actitud de servicio en los trabajadores sociales, difícilmente hacen otro tipo de distinción hacia su desempeño. Quienes les brindan un reconocimiento son los pacientes y sus familiares, por los apoyos que les facilitan durante su estancia en la institución.

Si bien los médicos participantes en el estudio no minimizan la importancia de la práctica profesional de los trabajadores sociales al considerarlos como una pieza clave del movimiento hospitalario, señalan que es un personal poco reconocido por su bajo nivel jerárquico, lo que influye en que la mayoría de los médicos desconozcan qué otras funciones pueden desarrollar además de la aplicación de estudios socioeconómicos.

En ese sentido, los trabajadores sociales ocupan una posición subordinada en la institución porque su ejercicio está condicionado al diagnóstico médico, sin el cual no pueden actuar. A diferencia de las enfermeras, en la estructura organizacional solo tienen una jefatura y no cuentan con su propia subdirección o área administrativa, y dependen de una subdirección médica en temas como contratación de personal, horarios, actividades, recursos y otros. El escalafón que poseen no es un símbolo de autoridad para los médicos, quienes ocupan el primer rango en el organigrama. Esto se refleja en la forma como algunos médicos nombraron a los trabajadores sociales: “ayudantes o auxiliares”. Estas expresiones insinúan el servicio de asistencia y colaboración que les dan: *nos ayudan a conciliar con el mal carácter de los familiares..., nos ayudan a agilizar los trámites administrativos o incluso a evaluar..., y nos ayudan a ser resolutivos.*

La posición ocupada por cada profesionista en el organigrama representa un criterio que influye también en la forma de trato. En consecuencia, en los servicios de salud hospitalaria se establecen relaciones basadas en un orden jerárquico. Quienes poseen los más altos niveles son los médicos de base, estatus que les permite definir los mecanismos de comunicación con otros grupos profesionales como los trabajadores sociales. Estos, al no contar con nombramientos o niveles académicos que sean símbolo de autoridad para el gremio, se comunican con ellos a través de enfermeras, secretarías o residentes.

Las disimilitudes entre los grados académicos y categorías salariales de los profesionistas en cuestión son factores que influyen en su actitud y trato, ade-



más en la consideración de sus opiniones en temas de su competencia. Así se muestra en este testimonio de un médico adscrito:

[...]el trabajador social puede decir “oigan, fíjense que yo he estado viendo que en urgencias los pacientes tienen una estancia de espera de dos días, y no hay condiciones óptimas para su espera”. Puede incluso tener las evidencias de que el paciente está ahí tirado, con una cobija, y sin sillas, pero no hay una injerencia que pueda decir “yo trabajador social vi esto”, y que pese su opinión para modificar esas condiciones. (E2-MA)

Los médicos se han suscrito con facilidad en los puestos de mayor rango en el hospital: direcciones, subdirecciones, coordinaciones, jefaturas, áreas de investigación, cargos operativos y de administración de los servicios de salud; pero grupos como los trabajadores sociales continúan con accesos restringidos a dichos espacios decisivos, al no proyectar un ejercicio de autoridad profesional. De allí que la dinámica organizacional es uno de los condicionamientos que limitan la posibilidad de que los trabajadores sociales aspiren a nombramientos distintos a los de su categoría y tengan efecto en su reconocimiento profesional. A quienes han ocupado puestos de mayor jerarquía, no se les reconoce en una categoría distinta a la de su nombramiento original.

Analizada la dimensión de actitud, corresponde identificar los marcos de referencia utilizados por los médicos para representar el objeto, ya que, para la formación de representaciones sociales sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales, es necesario que exista algún tipo de conocimiento que será estudiado desde la dimensión de información.

Información: su configuración a partir de la dinámica hospitalaria

Para trabajar la dimensión de información se empleó la entrevista como principal técnica de investigación, que sirvió para responder la pregunta ¿qué saben los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales? Durante el proceso de análisis no se valoró si la información con la que cuentan los médicos es correcta o incorrecta, según las fuentes oficiales que han conceptualizado al objeto; tampoco se determinó su nivel de profundidad o la

calidad de los saberes que poseen. El objetivo radicó en mostrar qué conocimientos tienen sobre el objeto de representación.

La información que tienen los médicos sobre los trabajadores sociales no es unívoca, presenta variaciones. Entre mayor sea su antigüedad laboral en el hospital u ocupen un puesto de alta jerarquía, es más probable que exista una mayor organización o suma de conocimientos sobre el objeto. La antigüedad, por ejemplo, les otorga una visión más amplia sobre la dinámica del hospital y de los actores que la integran. Mientras el cargo sea más alto, demanda un conocimiento más amplio de las funciones de los integrantes del equipo sanitario.

Entre el personal de base y residentes se identificaron diferencias en torno al tipo de informaciones que poseen sobre el objeto de representación. Los médicos de base manifestaron un discurso más extenso, con una clara tendencia a la reflexión, al contar las distintas anécdotas que han tenido con trabajadores sociales durante sus años de servicios en la institución, los cuales van de 6 a más de 36.

En tanto, los residentes, egresados de facultades de medicina y cuya experiencia laboral comienza a acumularse “formalmente” a partir de la obtención de su título, describen sus experiencias inmediatas, dado que, en los planes de estudios de la licenciatura, como el de Médico Cirujano de la UNAM, no se hace referencia al trabajador social, pues no son considerados integrantes del equipo interdisciplinario de salud. Por eso los médicos ignoran cuál es su función y cómo pueden contribuir a su labor. Los alumnos de esta carrera inician sus prácticas sin saber cuál es el rol que tienen en el hospital porque, durante sus estudios, no se establece ningún tipo de vínculo académico entre ambos profesionistas como se asegura en este testimonio de un médico adscrito:

En la carrera no hay ningún vínculo académico con el trabajador social, siempre te dicen “tienes que estar muy bien con tu enfermera, la tienes que capacitar, seleccionar a tu secretaria, tu asistente, tu técnico”, pero nunca te hablan del trabajador social, nunca te dicen a qué se dedica, de qué se encarga, qué hace, qué funciones tiene... Yo he aprendido, a partir de mi experiencia con otra trabajadora social, que hacen más de lo que yo pensaba que podían hacer. Son el vínculo de comunicación interhospitalario, inter servicios, inter tratantes, cosa que a nosotros en ningún momento de la curricular nos lo avisan. Ya nos enfrentamos al trabajador social cuando en la práctica clínica tenemos un



problema que resolver, y ahí es cuando nos dicen “vaya con el trabajador social a ver qué opina” y es cuando nos dicen “paciente maltratado, paciente abandonado” y ahí es cuando recuperamos la función del trabajador social. (E7-MA)

Durante la etapa del servicio social o la residencia, los médicos obtienen sus primeras informaciones sobre los trabajadores sociales. La primera fuente “formal” surge cuando ingresan a laborar en el hospital y reciben una capacitación institucional donde se les mencionan las funciones de los integrantes del equipo sanitario. Posteriormente, amplían su conocimiento cuando en la práctica cotidiana asisten a reuniones mensuales entre el personal de salud, o cuando los familiares tienen bajas posibilidades de pago o alguna problemática social.

La poca información o el desconocimiento de los médicos sobre el rol del trabajador social genera que dirijan casos fuera de su competencia a esta área; por ejemplo, derivan lo que creen que es un problema social sin que amerite una verdadera intervención o envían a las personas para que les resuelvan situaciones administrativas que no les corresponden como reprogramación de citas, solicitud de expedientes y otras tareas. En cambio, quienes cuentan con una mayor formación social tienen una idea más clara de sus funciones, dado que desde su primer contacto se cuestionan qué otras actividades realizan y de qué manera puede auxiliar la labor médica. Así se señala en esta expresión recuperada de un médico residente:

[...]yo me lo había cuestionado por pacientes precisamente quirúrgicos que se acercaban a mí por cuestión de dinero, preguntándome por qué a un paciente sí se le cobraba más y a otro menos únicamente... a partir de ahí supe que ellos eran los que hacían el nivel socioeconómico... (E6-MR4)

La principal vía de conocimiento que tienen los médicos sobre la función de los trabajadores sociales es la vida cotidiana del hospital; su movimiento y dinamismo les ha permitido configurar ideas de su actividad, convirtiéndose en la materia prima para obtener información acerca de ellos. Gracias a los casos de atención clínica que requieren de una coordinación del área médica, de enfermería y trabajo social, se les ha facilitado conocer sus funciones y derribar algunas creencias que tenían sobre su actividad.

No obstante, la noción de la mayoría de los médicos participantes en el estudio corresponde al de una práctica basada en una ayuda institucional. Este concepto y sus significantes se han anclado a la percepción sobre tales profesionistas, al considerarlos como un personal dedicado a ayudar, tal cual lo expresa un médico de base en su testimonio:

[...]todo lo que se maneja en trabajo social, pues siempre es con enfoque a la ayuda; de hecho, parte de su formación es eso, el siempre ayudar, siempre ver la forma en que la sociedad o todos los usuarios de algún servicio tengan lo mejor posible y que no tengan tanto trámite qué hacer o se les dificulten las cosas, son como facilitadores de las relaciones entre una institución y el paciente, para que no haya tanta burocracia o tanta deserción. (E7-MB)

Con base en este testimonio, se puede afirmar que la información de los médicos sobre el tipo de ayuda proporcionada por los trabajadores sociales es de corte asistencialista y consiste en acciones humanistas, apoyos socioeconómicos, labor de acompañamiento, una actitud solidaria y de escucha a los familiares que presentan condiciones de vulnerabilidad.

Finalmente, aunque Trabajo Social no es una carrera reciente, pues cuenta con más de 80 años de existencia en México y un siglo de historia a nivel internacional, aún prevalece un nivel de desconocimiento alrededor de su actividad profesional, incluso en campos tradicionales como el de la salud, donde se ha concentrado la mayor cantidad de sus puestos de trabajo. Por ende, no es extraño que grupos como los médicos configuren sus primeras ideas sobre las actividades que realizan solo a partir de que entran en contacto con ellos.

Reflexiones finales

A partir del análisis de las representaciones sociales del médico sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales, presento algunas reflexiones surgidas durante el desarrollo del estudio con la intención de abrir nuevos diálogos con investigadores del campo de conocimiento en torno a las representaciones sociales y trabajo social.

En primer lugar, trabajar con la perspectiva teórica de las representaciones sociales implicó un gran desafío; si bien es uno de los referentes más novedosos



y actuales de la última década en el campo de la investigación social y educativa, para analizar el sentido común y las prácticas que despliega la acción cotidiana de los sujetos, no es una tarea fácil acceder al pensamiento social. Se requiere incursionar en otras disciplinas como la psicología, la sociología y la antropología para lograr un acercamiento a la red de significaciones.

La complejidad de los objetos de estudio requiere de la generación de trabajos interdisciplinarios que brinden perspectivas integradoras para la producción de nuevos conocimientos y saberes. En la actualidad, no basta el corpus de conocimientos de una sola disciplina, es necesario promover la edificación de pensamientos colectivos. Sería absurdo entender o encajonar una realidad dinámica desde una sola disciplina por más alcances y desarrollo que ésta pueda presentar; es decir, intentar explicar toda la realidad social a través de una sola disciplina resulta limitativo.

Delimitar como objeto de representación la práctica profesional fue un reto mayúsculo porque las prácticas son la principal fuente de transformación de las representaciones sociales. Así pues, se precisó insertarse en la cotidianidad del hospital para comprender la relación entre las representaciones sociales de los médicos y la práctica de los trabajadores sociales al estar altamente unidas con el contexto del que emergen, de ahí que se identifiquen tres elementos que influyen en la configuración sobre el objeto: escenario altamente jerarquizado, enfoque biomédico en el abordaje de las problemáticas de salud y función de trabajo social poco definida.

Para algunos médicos, los trabajadores sociales son los “grandes desconocidos” de los servicios sanitarios. Saben que están ahí, pero no precisan con claridad cuál es su rol, qué utilidad tienen y cuál es el conocimiento científico que pueden aportar en la salud de los pacientes. Para otros, son una especie de “cajón de sastre”, ya que, al no tener claridad sobre las funciones que realizan, les derivan casos que no son de su competencia.

Otro de los elementos que condicionaron es la ubicación de los consultorios médicos, regularmente alejados de sus oficinas, las cuales más bien son cercanas a las áreas informativas y de quejas, lo que coarta mayores posibilidades de interacción. Se acercan a ellos solo quienes tienen una formación biopsicosocial, los que poseen mayor sensibilidad hacia los problemas sociales de los pacientes, quienes manifiestan inquietudes sobre las asignaciones socioeconómicas o cuando hay un problema emergente que por ley requiere de

su participación, pero no porque reconozcan un saber especializado que los haga recurrir cotidianamente a ellos.

Sin embargo, se puede afirmar que sí existe una representación social de los médicos participantes en el estudio sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales que va más allá de la imagen, en cuanto personal que ayuda a pacientes y familiares mediante el estudio socioeconómico. Estas representaciones sociales se han configurado con base en lo que los trabajadores sociales han dicho y hecho durante el desarrollo de su práctica, por tanto, no están disociadas de la imagen proyectada en la cotidianidad, debido a que se han fusionado con el sistema burocrático de la institución al adoptar modelos administrativos y se han olvidado de la intervención social.

Para que los trabajadores sociales tengan una participación distinta en ámbitos tradicionales como la salud, se sugiere reforzar la formación académica desde el nivel superior y generar mayor cantidad de especialidades en el campo de la salud, lo que probablemente impactaría en la configuración de las representaciones sociales sobre su práctica profesional. La falta de especialización y defensa de su espacio profesional es quizás una consecuencia que ha provocado que terminen ciñéndose a modelos burocráticos y sean representados como parte de este aparato.

Para obtener una imagen más acabada de este profesionista, se recomienda recuperar la voz de otros sujetos con quienes los trabajadores sociales del ámbito de salud han relacionado su práctica: pacientes y sus familiares. Esto permitirá analizar sus pensamientos de sentido común y relacionarlos con las representaciones sociales del médico. Lo señalado puede derivar en que instituciones educativas de trabajo social, que buscan ofertar nuevos modelos de formación en licenciatura y posgrado, utilicen estudios de representaciones sociales para la toma de decisiones sobre la configuración de planes de estudios.



Referencias bibliográficas

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. Ediciones Coyoacán.
- Adelardo, J. S. (2006). La teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory) Glaser y Strauss. En Vasilachis, I. (coord). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- Aguayo, C. (2006). *Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder*. Espacio Editoria.
- Banchs, M. A. (enero, 2001). Jugando con las ideas en torno a las representaciones sociales desde Venezuela. *Fermentum*, 11(30), 11-32. <https://www.redalyc.org/pdf/705/70512127003.pdf>
- Banda, T. (2009). El nacimiento de una nueva profesión: El Trabajo Social. En Fernández García, Tomas (Coord.) *Fundamentos del Trabajo Social*. Alianza Editorial.
- Cuevas, Y. y Mireles, O. (junio, 2016). Representaciones sociales en la investigación educativa. *Perfiles Educativos*. xxxviii(153), 65-83. <http://www.iisue.unam.mx/>
- Cuevas, Y. (septiembre, 2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*. 11(21), 109-139. <http://www.culturayrs.unam.mx/index.php/CRS/article/view/333>
- Dettmer, J. (2009). La Sociología de las profesiones: Un estado del arte. En Alejandro, G., Pineda, J. y Rodríguez, R. (Coord.) *Sociología de las ocupaciones profesionales (los procesos de institucionalización)* (pp. 13-25). Ediciones EON.
- Doise, W. (1985). Las relaciones entre los grupos. En Moscovici, S. *Psicología Social I*. Ediciones Paidós.
- Elliot, P. (1974). *Sociología de las profesiones*. Tecnos.
- Farr, Robert (1984). Las representaciones sociales. En Moscovici, S. *Psicología Social, II Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales*. Paidós.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento*. Península.
- Herzlich, C. (1975). La representación social: sentido del concepto. En Moscovici, S. *Introducción a la Psicología Social* (pp. 391-418). Planeta.

- Hospital General de México. (2017). *Manual de Organización Específico del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*, en http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/manual_org_hgm.pdf
- _____. (2016). *Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas*, en http://www.hgm.salud.gob.mx/interna/dirmed/trb_soc.html
- Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. En *Cultura y representaciones sociales*, 3(5), 32-63,. <http://www.culturayrs.unam.mx/index.php/CRS/article/view/535>
- _____. (1989b). *Folies et représentations sociales*. Presses Universitaires de France.
- _____. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales*, (pp. 469-494). Paidós.
- Martínez, P. D. (2019). *Los médicos y sus representaciones sociales sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales*. Tesis de Doctorado. Facultad de Estudios Superiores Aragón, UNAM. <http://132.248.9.195/ptd2019/septiembre/0795489/Index.html>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.
- Rateau, P. (2016). El estudio de las representaciones sociales: perspectivas metodológicas. En Ducoing, P. (coord.) *La investigación en educación: epistemologías y metodologías* (pp. 497-535). AFIRSE, Plaza y Valdés.
- Reyes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97.
- Tenti, E. (1989). *Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*. Miño y Dávila Editores.
- Valdez, J. L. (1999). *Las redes semánticas naturales. Usos y aplicaciones en la psicología social*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Wagner, W. y Elejabarrieta, F. (1994). Representaciones sociales. En Morales, J.F; Gaviaría, E., Moya, M. C. y Cuadrado, I. (coords.) *Psicología social*. UNED, McGraw-Hill.