

3.1. Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias.

Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Lodieu, María Teresa, Tisera, Ana, Gaillard, Paula, Pawlowicz, María Pía y Nabergoi, Mariela.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Bottinelli, Marcela, Lodieu, María Teresa, Tisera, Ana, Gaillard, Paula, Pawlowicz, María Pía y Nabergoi, Mariela (2010). 3.1. *Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias. En Praxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas. Buenos Aires: EUDEBA.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/129>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/mkF>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Capítulo 3 TRABAJO Y SUBJETIVIDAD

3.1 Contextos críticos en salud. Los efectos y las voces de los médicos/as de las guardias hospitalarias*

Graciela Zaldúa, M. Marcela Bottinelli, María Teresa Lodieu, Ana Tisera, Paula Gaillard, María Pía Pawlowicz y Mariela Nabergoi

Introducción

En este trabajo se presentan algunos resultados de un proceso investigativo destinado a indagar la existencia del Síndrome de Burnout¹ en los trabajadores de la salud y a explorar las condiciones de producción de los actos de salud en los Hospitales Públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En la medida en que el objetivo del equipo investigativo es propiciar condiciones salutíferas en los colectivos laborales, se explicitan los procedimientos destinados a favorecer estrategias de afrontamiento dentro de una perspectiva de gestión asociada. En esta presentación realizaremos un análisis comparativo entre Guardias de distintos centros asistenciales.

Desde la epidemiología crítica, perspectiva teórica metodológica que sustenta esta investigación-acción, consideramos que los determinantes macroestructurales imprimen características específicas a los procesos de salud-enfermedad-atención. En este sentido un breve análisis de los efectos de la hegemonía neoliberal, en particular sobre el sector salud, es imprescindible para dimensionar las problemáticas subjetivas, colectivas e institucionales.

Antecedentes

Una serie de investigaciones realizadas en distintos países desde fines de los setenta, motivadas por los datos epidemiológicos de morbimortalidad encontrados en el personal sanitario, indagó las problemáticas de los trabajadores de la salud. Un relevamiento de estas investigaciones puede encontrarse en varias publicaciones (Moreno-Gimenez et al 1995; Gil Monte & Peiró, 1997). Nuestra tarea investigativa en el campo sanitario nos permitió comprobar la existencia de un malestar creciente en los profesionales de la salud. A fin de deconstruir esta problemática, estudiamos hipótesis aportadas por los investigadores.

Inicialmente los estudios epidemiológicos sobre el estrés de los profesionales de la salud, a nivel de las problemáticas subjetivas relacionaban el estrés, el desgaste profesional o el Síndrome del Burnout con las particularidades del objeto de trabajo: la enfermedad, la muerte, la angustia y la incertidumbre. Eran considerados como los factores que conducían a una sobrecarga emocional (Maslach, 1976; Maslach & Jackson, 1982).

Varios investigadores indagaron la relación entre la satisfacción en el trabajo y el estrés en el campo sanitario. Cooper, Rout y Faragher (1989) encuentran que los factores que

* El presente trabajo es un producto del proceso de investigación dentro de una línea de trabajo que el equipo ha desarrollado en el marco de los siguientes proyectos:

- Investigación trienal UBACyT "Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud" 2004-2007
- Investigación bianual UBACyT. "Estudio de las condiciones de producción de los actos de salud". 2001-2004.
- Investigación trienal. UBACyT. TP57. "El Síndrome de Burnout en personal de Hospitales Públicos". 1998-2000.

¹ Esta denominación ha sido utilizada inicialmente para describir el estrés de los profesionales de la salud. Otra denominación que suele encontrarse en la literatura en español es el Síndrome de quemarse en el trabajo.

elevan el nivel de estrés y determinan la pérdida del bienestar son: las demandas del trabajo y las expectativas de los pacientes hacia el profesional, la interferencia de la actividad laboral con la vida familiar, las interrupciones constantes en la casa o en el trabajo, y los requerimientos administrativos. Las diferencias en los indicadores de estrés en las pruebas administradas determina que estos autores consideren necesario estudiar otros factores, indicando en forma prioritaria el “coping”, o sea los sistemas de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) sostienen que no se puede analizar un hecho aislado, y priorizan las relaciones que se establecen entre los sistemas y el contexto en el que un fenómeno tiene lugar. Afirman que la vulnerabilidad de un sujeto no sólo estará en relación con los recursos físicos, psíquicos o sociales que disponga sino además con el tipo de evento a afrontar y el contexto en que se desarrolle.

Conceptos como: rasgos de personalidad, locus de control, resiliencia, vulnerabilidad, apoyo social, apuntan a precisar los estados, procesos o mecanismos que intervienen en el accionar interactivo entre el sujeto y el ambiente psicosocial, y que modelan las posibilidades de afrontamiento o conducen al estrés (Friedman et al, 1992; Cooper, 1988; Renaud, 1992; Rotter, 1966; Filgueira et al., 1994; Martínez & Guerra, 1997; Vanistendael, 1996; House, 1981; Lazarus, 1984).

Los investigadores del estrés ocupacional engloban bajo el concepto de factores psicosociales en el trabajo. Montesdeoca Hernández (1997) propone el abordaje de múltiples factores: medio físico de trabajo, factores inherentes a la tarea, factores de organización, estructura y funcionamiento de la institución laboral, factores de vulnerabilidad del trabajador.

Cristophe Dejours (1988) desde otra perspectiva teórica, al estudiar la relación entre el individuo y el trabajo sostiene que distintos niveles de malestar psíquico pueden surgir tanto por las condiciones laborales, como por la organización del trabajo. Desde su concepción, enfocando las psicodinámicas presentes en los colectivos laborales, estudia la construcción de los sistemas defensivos - ideologías defensivas- que construyen los colectivos laborales frente las situaciones de riesgo inherentes a las diversas actividades laborales.

A nivel de los sistemas de afrontamiento diferentes autores investigan los sistemas de apoyo, la construcción de redes (2000). Marc Renaud (1992) define el apoyo social como: *“el resultado de la integración del individuo en diferentes redes que le proveen un apoyo cognitivo, normativo, afectivo y material”* (p. 59).

Marco Teórico.

Contexto Socioeconómico.

La política neoliberal implica “la reducción drástica y el control estricto del gasto público (con excepción de la parte destinada al pago de la deuda pública) e incrementos en las tarifas de los bienes y servicios públicos; redefinición del tipo de cambio, apertura externa, comercial y de inversión; privatización de las empresas públicas; desregulación de la actividad financiera; desregulación y flexibilización de la relación laboral (con ataques a los sindicatos, destrucción de los contratos colectivos y cambios regresivos en la legislación laboral) y depresión salarial” (Laurell, 1992: 3).

Los efectos ideológicos se corresponden con la captura subjetiva a través de las propuestas políticas que encubren las causas estructurales y alientan a la ilusión a los sectores dominados, mediante los supuestos beneficios de las privatizaciones de las empresas públicas (aguas corrientes, electricidad, gas, petróleo, medios de comunicación y de transporte, etc.) y el acceso a los “bienes de consumo” por la apertura del mercado globalizado. Una serie de estrategias se despliegan por los medios

de comunicación a través de discursos políticos que se ofertan como la única salida. Se fragmenta, despolitiza, violentiza y desmoviliza a los distintos sectores sociales. La cooptación de los representantes sindicales y políticos en la estrategia neoliberal constituye un elemento central en su viabilidad conjuntamente con las redes de corrupción.

El dominio de las políticas neoconservadoras ha profundizado la vulnerabilidad económica, social y subjetiva. Las estrategias fundamentales fueron de apropiación o destrucción del sector económico e industrial productivo por las empresas multinacionales. Las empresas estatales privatizadas resultaron las grandes favorecidas por su altísima rentabilidad y las grandes expulsoras de trabajadores, despidieron siete de cada diez empleados. La crisis y depresión económica, la expropiación abierta de los ingresos vía devaluación de la moneda, o corralito de ahorristas, o licuación de deudas de las grandes empresas o la negociación gravosa de la deuda externa, combinado con un desempleo creciente amenaza la trama social y profundiza efectos de alienación, anomia, violencia y corrupción.

Frente a la pérdida de los derechos de ciudadanía las resistencias sociales se multiplican y confrontan desde proyectos contrahegemónicos y nueva producción de subjetividades. La participación en asambleas, cacerolazos, piquetes conjugan rebeldías y alternativas de amplios sectores vulnerabilizados y/o excluidos, a través de estrategias de contrapoder ciudadano.

La crisis en el sector salud

En el sector salud, el ideario neoliberal posiciona al ámbito privado como responsable de las actividades ligadas al cuidado de la salud y desliga al Estado como garante y financiador de la salud poblacional.

Los adelantos científicos y las transformaciones tecnológicas en este campo requieren un gran aporte de capital (Petras, 2000). Este sector pasa a tener relevancia para los capitales privados interesados en la industria tecnológica hospitalaria. La “sofisticada tecnología diagnóstica y terapéutica” (Laurell, 1994) que circula como recurso salvador ideal en el imaginario colectivo, pero inexistente en el hospital empobrecido, sólo sirve para posicionar al profesional en desventaja, o para acuciarlo por las contradicciones de su práctica cotidiana.

El peso simbólico del acto de salud pasa de la relación médico-paciente a la relación aparatología- paciente. El médico frente a la invasión tecnológica pierde su valor y pasa a ser sólo un engranaje en la tarea de circulación económica.

La caída del valor social de la profesión, la industria de los juicios por mala praxis, la proletarización progresiva del profesional médico, aunado a la privatización y mercantilización del sector salud y a las condiciones sanitarias de la población asistida, afecta las condiciones de producción de los actos de salud.

Considerando que el acto de salud puede ser concebido como un espacio de producción-consumo, construido en la intersección/intervención entre usuarios y trabajadores, dentro de un contexto histórico-político e institucional determinado, nuestra propuesta investigativa focalizó el desgaste de los trabajadores de la salud, en particular el Síndrome de Burnout y las problemáticas subjetivas y colectivas.

Síndrome de Burnout

El *Síndrome de Burnout* fue primeramente definido y sistematizado por Maslach y Jackson (1982), en el que diferencian tres fases: *cansancio emocional* (fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes), *despersonalización* (refiere al vínculo

profesional deshumanizado) y *abandono de la realización personal* (trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto).

En nuestra investigación hemos adoptado la definición propuesta por Macarena Martínez y Patricia Guerra (1997): “*Síndrome resultante de un prolongado estrés laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cual la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este Síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento Emocional, Despersonalización, Sensación de Reducido Logro Personal, y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción personal*”

Esta definición amplía la de Maslach y Jackson incluyendo variables individuales, laborales y organizacionales, aunque no está presente el marco histórico y político-económico, considerado en nuestra perspectiva como un determinante estructural en la configuración de las problemáticas laborales.

Metodología

La modalidad de trabajo en esta investigación-acción es de gestión asociada integrada por el equipo de investigación de la Facultad de Psicología y equipos de los hospitales en los que se trabaja.

El diseño de esta investigación es descriptivo y analítico realizado en base a un estudio de casos transversal. Se triangulan metodologías cuantitativas y cualitativas. La triangulación está fundada en lo expresado por Cook y Reichardt (1995): “En nuestra opinión constituye un error la perspectiva paradigmática que promueve esta incompatibilidad entre los tipos de métodos” (p.30) “La elección del método de investigación debe depender también, a menos en parte, de las exigencias de la situación de investigación de que se trate” (p.37). Los métodos cualitativos no pueden sustituir a los cuantitativos, ni los cuantitativos a los cualitativos pero el empleo de ambos puede resultar beneficiosa para la práctica investigativa.

En relación a nuestro trabajo de investigación, las tareas de investigación cuantitativa del proyecto son monitoreadas por los siguientes criterios de rigor: validez interna y externa, confiabilidad y neutralidad. En tanto, el abordaje cualitativo, se apoya en los criterios de credibilidad, adecuación, auditabilidad y confirmabilidad (Sandelowsky, 1997).

La hipótesis que ha guiado la primer etapa investigativa ha sido la siguiente: Los trabajadores de la salud de Hospitales Públicos en el contexto de la hegemonía neoliberal, cuya tarea implica un contacto permanente con situaciones de riesgo, sufrimiento y muerte pueden padecer el Síndrome de Burnout.

Desde los *supuestos* que enmarcan el proyecto consideramos que : Ante los contextos macro y micropolíticos críticos, tanto a nivel colectivo como subjetivo, los trabajadores de la salud pueden verse afectados y padecer situaciones de desgaste, conducentes a trastornos psíquicos, psicosomáticos y/o laborales, o bien pueden generar estrategias de resistencia propiciadores de responsabilidad, autonomía y cooperación.

Los *instrumentos* que se utilizan son: una encuesta sociodemográfica, observación participante, entrevistas, grupos focales, Inventario de Burnout (Moreno-Gimenez et al, 1995; Rivera Delgado, 1997) y técnicas gráficas y psicodinámicas. Los grupos focales son utilizadas para la devolución y análisis de los datos recogidos y para relevar problemáticas relativas al colectivo de trabajo. Las técnicas gráficas se utilizan para la

visualización de problemáticas que suelen permanecer invisibilizadas en los profesionales de la salud, en particular problemas psicosomáticos.

La *población* de estudio son trabajadores de la salud de Hospitales Públicos, tanto poli como monovalentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Las *muestras* están configuradas, de acuerdo al recorte del problema que se realiza, para esta presentación, por los profesionales médicos de tres Servicios de Guardia. El carácter homogéneo de las muestras está dado por la pertenencia a las Guardias y por pertenecer a Hospitales Públicos de una misma zona geográfica. En tanto, la heterogeneidad se mantiene en relación al sexo de los profesionales, la especialidad médica y el tipo de Hospital.

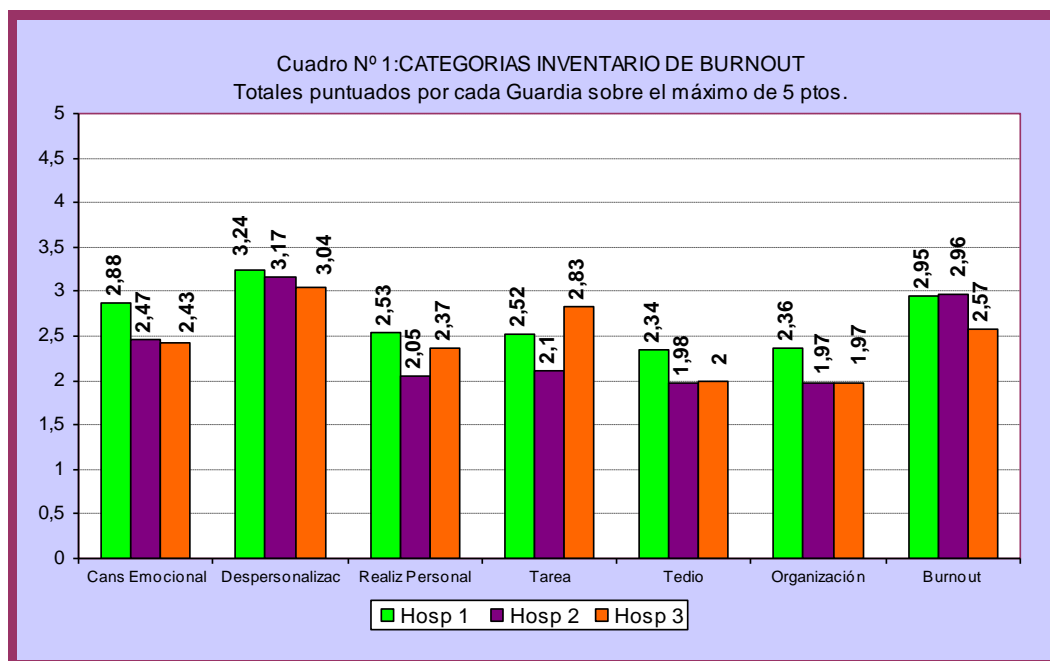
En este trabajo realizaremos un análisis comparativo de los Servicios de Guardia de un Hospital Polivalente de Alta complejidad (H1) y dos Hospitales Monovalentes (una Maternidad H2 y un Psiquiátrico H3).

Los Servicios de Guardia, tradicionalmente considerados lugares críticos, en el contexto actual esta situación se agudiza por el incremento de la demanda, las características de la misma -situaciones de violencia, de desamparo social intervenciones judiciales- y por el deterioro o la falta de recursos

Análisis y resultados obtenidos

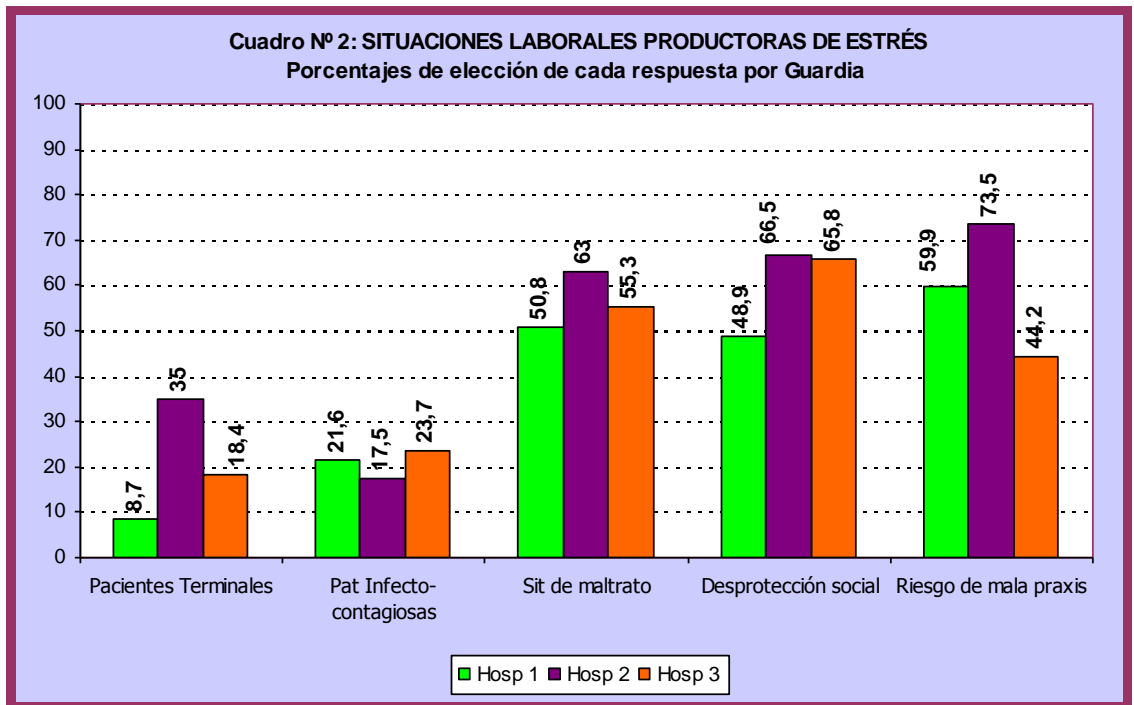
El Inventario de Burnout (Rivera Delgado, 1997) sistematiza los datos en 7 categorías: Cansancio emocional, Despersonalización, Realización personal, Tarea (vínculo con la tarea, y con las características del lugar de trabajo), Tedio, Organización (relaciones jerárquicas y con pares), Manifestaciones de Burnout (percepción por parte del profesional del impacto del estrés sobre su persona, sobre sus relaciones o sobre su trabajo).

En el siguiente Cuadro (Nº1) se puede observar cómo se distribuyen las diferentes categorías según el Hospital:



La comparación permite construir los datos siguientes:

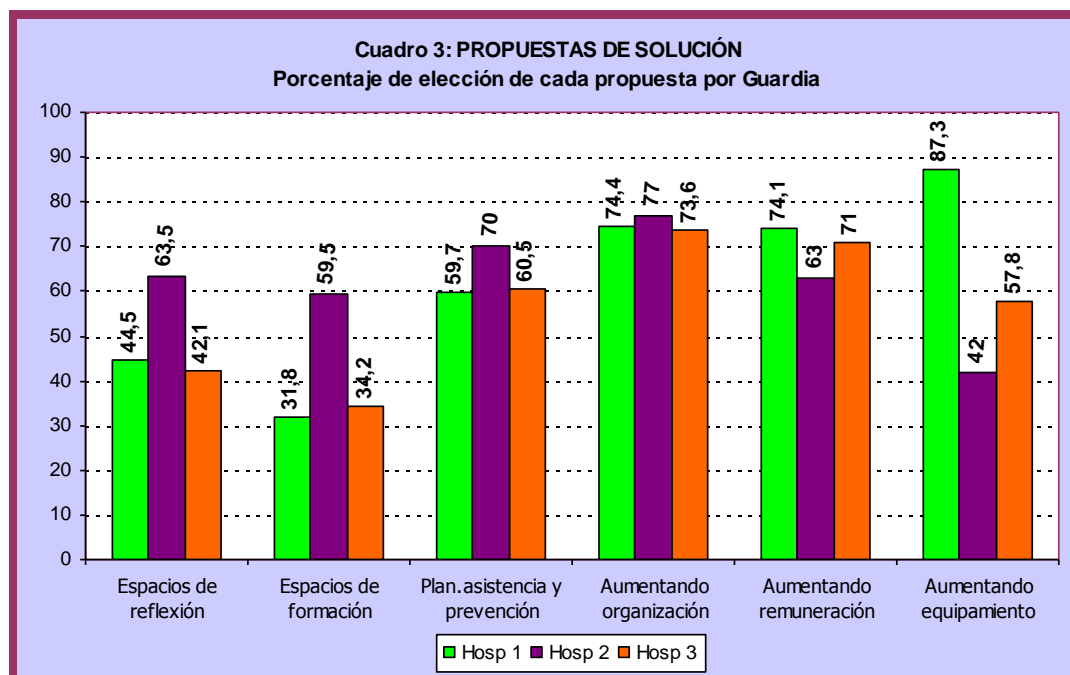
- La categoría Despersonalización es la que presenta mayor puntaje, e indica el nivel de conflictividad en relación con los pacientes y/o familiares. Las respuestas relevan el grado en que los profesionales se sienten sobrepasados por las exigencias de los pacientes. Ante la pregunta “¿Los pacientes y sus familiares tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes?”, más del 90% de los profesionales contestan “Frecuentemente” o “Siempre”.
 - Los puntajes más altos en todas las categorías investigadas corresponde a la Guardia del Hospital Polivalente, como por ejemplo Cansancio Emocional. Las excepciones son: En la categoría Tarea, el puntaje más alto lo presenta la Guardia Psiquiátrica. En Manifestaciones del Burnout el puntaje es casi semejante tanto en la Guardia del Hospital Polivalente como en la Guardia de la Maternidad.
 - En la Guardia Psiquiátrica los puntajes en Realización Personal y en Tarea comparados con los de las otras dos Guardias, permiten inferir que son los profesionales que sienten mayor distancia entre las expectativas profesionales y las modalidades de la práctica asistencial que realizan, y quienes experimentan mayor incomodidad en relación a las características del lugar de trabajo. En un ítem que investiga cómo se siente el profesional en relación al ambiente y a las condiciones físicas del trabajo, el 80% en la Guardia Psiquiátrica expresan que “raramente o poco” les “gusta el ambiente y condiciones físicas del trabajo”.
- En la encuesta se plantean dos preguntas cerradas con alternativas múltiples. En la primera que indaga fuentes posibles productoras de estrés en la actividad asistencial la escala de respuestas es: pacientes terminales, patologías infecto-contagiosas, situaciones de maltrato, situaciones de desprotección social, riesgo de mala praxis.



Los resultados, como se observa en el Cuadro N° 2, son los siguientes:

- El trabajo con pacientes terminales o con patologías infecto-contagiosas parece no afectar a los profesionales.
- Las problemáticas referidas a situaciones de maltrato parece afectar más a la Guardia de la maternidad. Un 63% marca este rubro como productor de estrés.
- En relación a la Desprotección Social, el 66% de la Guardia de la Maternidad y el 67% de la Guardia Psiquiátrica marcan esta dimensión.
- El Riesgo de Mala Praxis preocupa más a la Guardia de la Maternidad 74%. En la Guardia del Hospital polivalente, el 60% de los profesionales también lo puntúa como estresante. Sin embargo, esta problemática no parece afectar tanto a la Guardia Psiquiátrica (44%).

En cuanto a las *propuestas de solución a los problemas de trabajo* que presentan como alternativas las siguientes posibilidades: implementación de espacios de reflexión, implementación de espacios de formación, planificación de la asistencia y la prevención, aumento de los niveles de organización, aumento de la remuneración, aumento del equipamiento.



Los resultados muestran lo siguiente:

- “Espacios de Reflexión” es el rubro que más marcan en la Guardia de la Maternidad (64%). Esto es acorde con la distribución por género ya que en los resultados totales de la investigación esta respuesta suele ser una de las más elegida por las mujeres.
- “Espacios de Formación”, nuevamente es en la Guardia de la maternidad en donde el 60% del personal marca este rubro.
- “Planificación de la asistencia y de la prevención” en los tres servicios es señalado por el 60% o más de los profesionales.
- Todas las guardias parecen requerir un mayor nivel organizativo. Los porcentajes son casi semejantes: 74% en polivalente y psiquiátrico y 77% en maternidad.
- El aumento de la remuneración también es señalada por el 63% (maternidad) al 74% (guardia del hospital polivalente) de los profesionales.
- En relación al equipamiento las cifras son muy dispares y parece ser algo muy necesitado por la guardia del hospital polivalente, ya el 87% de los profesionales marca este rubro como una solución a problemas en el trabajo.

Análisis cualitativo

A fin de sistematizar las problemáticas encontradas en los colectivos de trabajo, relevados a través de preguntas abiertas de la encuesta, de entrevistas o grupos focales, hemos realizado una categorización de los datos. En esta oportunidad se presentan resultados en relación a dos de estos ejes de análisis: Subjetividad y Colectivo de trabajo.

“Hay días que no sé quien soy”(H2)

Bajo la categoría *subjetividad* se incluyen los datos que permiten aproximarse a la singularidad de los profesionales, la puesta en juego de esperanzas y deseos en el quehacer laboral cotidiano. El compromiso entre lo que se hace, lo que se debería hacer

y lo que se desearía hacer juegan en la construcción subjetiva y se manifiestan en el bienestar/malestar cotidiano.

¿Cuál es el vínculo de los profesionales de la guardia con la tarea?

Se reiteran modalidades vinculares caracterizadas por el sobreinvolucramiento, el distanciamiento o la expresión directa del malestar provocado por la tarea.

“..Se nos murió y se sabía que tenía púrpura” (H1)

Una médica emergentóloga cuando es llamada por un accidente en la calle, si es de moto, no pude “quitarse de la cabeza” la idea de que puede ser alguno de sus hijos. (H1)

El *sobreinvolucramiento* con la tarea o con los pacientes implica dificultades en la disociación instrumental, el profesional se queda “pegado” a la tarea o al paciente. Pueden existir sentimientos y afectos mortificantes. La tensión excesiva que estas situaciones producen, conduce al Cansancio Emocional.

El *distanciamiento* es la contracara del sobreinvolucramiento. La distancia o el desapego con el objeto-sujeto de trabajo implica una deslibinización de la tarea. Los procesos de desinvolucramiento libidinal cosifican al otro deshumanizando el accionar profesional.

“He perdido la pasión a la especialidad” (H1)

Esta temática refleja la pérdida de la identificación del profesional con la tarea. El Burnout ha sido asociado con la pérdida de la vocación profesional. Estas problemáticas se relacionan con las categorías Despersonalización y Realización Personal del Inventario de Burnout.

El *malestar* frente a la tarea se expresa a través de enunciados relativos a sufrimientos, sentimientos, temores o conflictos relacionados con el quehacer profesional.

“Tenemos malas condiciones laborales: 24 hs. sin descanso para tomar decisiones vitales” (H1)

“Mi trabajo es insatisfactorio por la marginación del paciente de salud mental y porque no se valora el trabajo en salud mental”(H3).

La modalidad de guardias de 24 horas más el pluriempleo dificulta la participación en eventos familiares o festividades.

¿Qué es el tiempo en la Guardia?

La urgencia y la inmediatez que exigen las prácticas sumerge a los profesionales en un presente inmediato, urgente y permanente que provoca un borramiento de la continuidad temporal: *“No saber qué día es”(H1)*, *“Se pasan días sin dormir...” (H2)*

“Que haya un descanso post-guardia obligatorio”.(H1)

La cotidianeidad de la urgencia y su masividad dificulta tener un tiempo propio, para reflexionar y evaluar sus prácticas que les permita tomar decisiones vitales con mayor tranquilidad. Un presente del día a día, al absorber la continuidad temporal impide historizar el vivir cotidiano, borra el pasado y el futuro, y dificulta las posibilidades de proyectar.

Proyectos profesionales: En relación con el futuro profesional, la expresión de sus ideales, o las consideraciones que realizan a fin de enriquecer su vida profesional y/o la del servicio se encuentra escasamente representada. Incluso, aparece marcada desde la falta, lo que podría ser o estar pero que muestra sólo su ausencia:

“Antes pensaba que la guardia era una primera etapa profesional, ahora sé que me voy a morir aquí haciendo guardias...”(H1)

¿Cómo afrontan singularmente esta situación crítica?

Las modalidades de afrontamiento singulares son conductas que le permiten al profesional enfrentar las situaciones-problema con eficacia. La resiliencia como “*capacidad del ser humano para transformar factores adversos en elementos de estímulo y de proyección*” (Suárez Ojeda, 1996) es clave en este sentido, sin embargo esta capacidad no aparece explícitamente en los relatos de los profesionales, más bien lo que sistematizarse es un proceso de naturalización y/o el quiebre de la resiliencia. La naturalización es un proceso que se produce a lo largo de la formación profesional y que transforma en natural o habitual lo estresante de la práctica sanitaria. Nuestro análisis de ese hecho nos lleva a considerar que esa naturalización dificulta realizar la “evaluación cognitiva” del estrés y del desgaste laboral e instrumentar recursos saludables para el afrontamiento.

Una médica relata que su “registro” del estrés es cuando le comienzan a suceder algunos “accidentes”, el último que recuerda es un fuerte golpe en la cadera con una camilla que le dejó secuelas. (H1)

Los problemas de alta presión, infartos, problemas en el dormir, cáncer, púrpura, consumo de drogas, y tabaquismo difícilmente son relacionados por los profesionales con el estrés laboral. Pocos profesionales relatan situaciones en las que la capacidad de resiliencia pudiera ser visualizada.

Colectivo de trabajo

En otra línea de sentido, se indagan ciertos aspectos de los **colectivos de trabajo** en relación a las modalidades y características de los vínculos -a nivel intraprofesional, interprofesionales, relaciones jerárquicas- y agenciamientos grupales.

“La falta de compromiso entre los profesionales. La falta de comunicación entre los enfermeros y superiores” (H1)

El sobreempleo y sus efectos en la producción de cansancio físico y mental, el ausentismo como síntoma o diferentes formas de asumir la responsabilidad ocasionan conflictos y a su vez una sobrecarga para el resto de los profesionales. Las razones por las cuales se producen estos hechos pueden ser diferentes en cada servicio, pero en general quienes enuncian estas “*injusticias*” las vinculan a arbitrariedades consentidas por alguna lógica de poder.

Las micropolíticas inherentes a cada colectivo laboral determinan que el funcionamiento interno esté regido por una lógica simbólica-material en el cual entran en juego prejuicios, relaciones de poder arbitrarias y sistemas de corrupción propiciados por la mercantilización del sector.

Los *conflictos* entre jurisdicciones afectan las prácticas profesionales y el bienestar laboral.

“Hay internaciones que no corresponden pero entramos en un laberinto, se internan y no se pueden externar por problemas sociales”(H3)

En el Hospital Psiquiátrico colisiona el orden jurídico y el orden médico. El cumplimiento del mandato judicial y la inexistencia de espacios alternativos o sustitutivos a la internación hospitalaria produce tensión y sufrimiento.

El mundo simbólico valorativo profesional es puesto en cuestión por las políticas neoliberales, aunque su determinación es invisibilizada por los actores sociales y en la circulación discursiva su accionar provoca un reenvío culpabilizante que recae sobre la propia víctima. El deterioro y el reciclaje del material y la ausencia de insumos básicos determina la posibilidad de la vida o la muerte de un paciente, lo que conlleva serios dilemas éticos.

Frente a la posible calidad de vida de algunos pacientes se pone en cuestión los temas de la vida, la muerte y el furor curandis. En un trabajo anterior (Zaldúa et al, 1999) hemos analizado situaciones problemas que habitualmente se silencian y favorecen el desgaste.

¿Cuáles son los *sistemas de afrontamiento colectivos*?

En los procesos psicodinámicos del trabajo Dejours (1998), observa "...*el ejercicio de la inteligencia en situaciones de trabajo implica a menudo hacer trampas respecto de las prescripciones, los reglamentos y los procedimientos, lo que acarrea sufrimiento. Ahora bien, en esta situación no sólo existe un riesgo jurídico, sino también sufrimiento, porque asumir esos riesgos en general va acompañado de una ambivalencia afectiva...Las investigaciones en psicodinámica del trabajo han mostrado que existen defensas individuales y colectivas contra el sufrimiento en el trabajo*".

En las Guardias hemos encontrado estas argucias sostenidas por un pequeño número de integrantes quienes se identifican "como amigos" y que permiten sostener la práctica profesional en las condiciones actuales.

Otro analizador son las ideologías defensivas (Dejours, 1998). En las guardias la *negación* de lo estresante de la práctica cotidiana se expresa en la imposibilidad de hablar de esa práctica y compartirla con el colectivo de trabajo. Sólo en uno de los días de guardia en la Maternidad (H3), un grupo de médicas relata que ellas conversan habitualmente de los avatares del día y de sus cuestiones personales y profesionales.

En cuanto al *apoyo social* a nivel cognitivo, normativo, afectivo y material. En las Guardias por las urgencias constantes, parecen dificultarse la instrumentación de estas apoyaturas. No hay tiempo para los debates colectivos, para pensar pautas organizativas distintas, a lo que se agrega los problemas relacionados con el desmantelamiento del hospital público.

"Creo que necesitaría mejor relación entre los médicos de guardia y la dirección del servicio, y sentirme más apoyado por los superiores" (H1)

En base a las observaciones y el análisis de las problemáticas en cada servicio, podemos decir que no son visibles los recursos grupales, organizativos o institucionales que ayuden al profesional a sostener su tarea, las "redes" parecen haberse quebrado, más bien hemos registrado la "*falta*", la ausencia de los sistemas de apoyatura. En el Hospital Polivalente es en donde más se registra en forma reiterada la palabra "*falta*".

Conclusiones

Los efectos de la hegemonía de las políticas neoliberales repercuten doblemente sobre los trabajadores de la salud. Por un lado el proceso de privatización-mercantilización del campo de la salud y las políticas de ajuste conducen al deterioro de las condiciones de trabajo en el sector salud. Esta situación, que se manifiesta a través de una progresiva precarización y proletarización del mercado laboral en ámbito de la salud, posiciona al profesional de la salud en un lugar social conflictivo y contradictorio: la caída del valor social de la profesión le quita los soportes sociales que le permitían sostener la complejidad de la práctica profesional y a la vez lo ubican a una realidad laboral cotidiana muy distante de los ideales que lo condujeron a la profesión.

Por otro lado, estas mismas políticas neoliberales al provocar desempleo y marginación determinan que amplios sectores poblaciones presenten problemáticas de salud y carencias en las condiciones cotidianas de vida que dificultan el logro de objetivos terapéuticos. Este interjuego negativo entre de deterioro de los servicios de salud, las condiciones laborales inadecuadas, y la problemática compleja de los usuarios de los

servicios de salud impacta tanto a nivel de la salud de los efectores de salud como a nivel de los colectivos de trabajo, manifestándose en sintomatología psicofísica, y en problemas organizativos.

La promoción y prevención de la salud de los que cuidan la salud de la población, implica propiciar espacios que faciliten el reconocimiento de los condicionantes de la fragmentación y alienación del colectivo de trabajo y la producción de nuevas formas de relación intra e inter equipo y con los usuarios de salud.

La elaboración de proyectos comunes, la posibilidad de imaginar cambios y la circulación grupal de convergencias y diferencias favorece los psicodinamismos grupales y opera positivamente al viabilizar el reconocimiento y la valorización del otro y promueve subjetividades creativas y responsables. Una dinámica que impida la repetición, la fragmentación y el sometimiento a las lógicas verticalistas de la organización del trabajo, iluminaría estrategias preventivas del Síndrome de Burnout y propiciaría condiciones más favorables en la producción de los actos de salud. En estas acciones el protagonismo debe partir de los actores del sector.

Consideramos que desde el campo de la Salud Pública deberían instrumentarse programas de prevención y promoción destinados a trabajadores de la salud. Las problemáticas del desgaste laboral y de las condiciones de producción de los actos de salud deberían incluirse en las currículas y ser encaradas por las asociaciones gremiales y profesionales.

Bibliografía

Cook, T. y Reichardt, C. (1995) "Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos". En *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid. Morata.

Cooper, C; Rout, U. y Faragher, B. (1989) "Mental Health, job satisfaction and job stress among general practitioners", *British Medical Journal*, 298, págs. 366-370.

Cooper, Cary L (1988) "El comportamiento propenso al estrés: la personalidad tipo A" en Kalimo, R., El-Batawi, M., Cooper, C.L.: *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su relación con la Salud*. Ginebra. OMS.

Dejours, C. (1998) *El Factor Humano. Asociación Trabajo y Sociedad*. PIETTE. CONICET. Buenos Aires. Lumen Humanitas.

Dejours, C. (1988) "Trastornos mentales relacionados con el trabajo". En Kalimo, et. al.: *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su relación con la Salud*. Ginebra. OMS.

Filgueira Bouza, M., González, A., San Martín Castellanos, R. (1994) "Desgaste profesional acelerado en trabajadores de la salud: un estudio psicosocial". *SISO/SAUDE* Núm. 23.

Friedman, M., Rosenman, R.H. (1974) "Type A Behavior and Your Health". Citado en Renaud, M: "De la epidemiología social a la sociología de la prevención", *Cuadernos Médico Sociales* No. 60. Junio 1992. Rosario. CESS.

Gil-Monte, P.; Peiró, J.M. (1997) *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. Madrid. Síntesis.

House, J. (1981) "Work Stress and Social Support" Citado por Mendes Diz, A. M. y Kornblit, A.L.: "Valores y actitudes de los jóvenes en relación con la salud". En Kornblit, A. L. (comp.) *Ciencias Sociales y Medicina. La Salud en Latinoamérica*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, 1994.

Laurell, A.C. (coord) (1994) *Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud*. Universidad Autónoma Mexicana. México: Fundación Friedrich Ebert Stiftung.

- Laurell, A.C. (1992) "La política social en el proyecto neoliberal. Necesidades económicas y realidades sociopolíticas" en *Cuadernos Médico Sociales*. N° 60 Rosario: CESS, 1992.
- Lazarus, R. y Folkman, E. (1984) *Estrés y Procesamiento Cognitivo*. Barcelona. Martínez Roca.
- Lazarus, R. (1988) "Vulnerabilidad y resistencia individuales al estrés psíquico" en Kalimo, et. al.: *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su relación con la Salud*. Ginebra. OMS.
- Martínez, M. y Guerra, P.(1997) "Síndrome de Burnout: El riesgo de ser un profesional de ayuda". *Salud y Cambio Revista Chilena de Medicina Social* . Año 6 N° 23.
- Maslach, C. (1976). Citado en Moreno-Jiménez, B; Peñacoba Puente, C. (1995) *Estrés Asistencial en los Servicios de Salud*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1982) *Burnout in health professions*. Citado en Moreno-Jiménez, B; Peñacoba Puente, C. (1995) *Estrés Asistencial en los Servicios de Salud*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montesdeoca Hernández, D; Rodríguez Pulido, F Lou Polanco, L. y Montesdeoca Hernández M.J (1997) "El medio laboral y la salud mental (II): estrés, Burnout y drogodependencias. Una propuesta preventiva. *Psiquis*; 18 (3): 105-114.
- Moreno-Jiménez, B; Peñacoba Puente, C. (1995) *Estrés Asistencial en los Servicios de Salud*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Petras, J. (2000) "Globalización e imperialismo" en *Globaloney. El lenguaje imperial, los intelectuales y la izquierda*. Argentina: Antídoto.
- Renaud, M. (1992) "De la epidemiología social a la sociología de la prevención: 15 años de investigación sobre la etiología social de la enfermedad". *Cuadernos Médico Sociales* No. 60. Junio. Rosario: CESS
- Rivera Delgado, A.M. (1997) "Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras". Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Rotter, J.B. (1966) "Generalized Expentancies for Internal versus External Control of Reinforcement". Citado en Renaud Op. Cit..
- Rovere, M. (2000) "Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad". Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario: Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario.
- Sandelowski, M. (1997). Citado por Gogna, M. y Ramos, S. en Material de la cátedra de Metodología Cualitativa. Maestría de Salud y Ciencias Sociales FLACSO/CEDES.
- Suárez Ojeda, E. (1996) "El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de la salud" en Kotliarenco, Cáceres; Álvarez. Editoras: *Resiliencia. Construyendo en Adversidad*. Santiago. Chile.
- Vanistendael, S., (1996) citado en Kotliarenco, M.A.; Cáceres Orellana, I ; Álvarez Hott, C. "La pobreza desde la mirada de la resiliencia" en Kotliarenco; Álvarez; Cáceres Editoras: *Resiliencia. Construyendo en Adversidad*. Santiago. Chile.
- Zaldúa G. y Lodieu M..(1999) "Dilemas éticos relacionados con el Síndrome de Burnout" en *Investigación en Salud*. Publicación Científica de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Vol. 2, N° 1 y 2.

3.2 Representaciones Profesionales e Identidad Profesional en los trabajadores de la salud*

Graciela Zaldúa, María Marcela Bottinelli, María Teresa Lodieu, Paula Gaillard, Mariela Nabergoi.

Introducción

Nuestra actividad docente e investigativa desarrollada en servicios hospitalarios y centros de salud relacionada con las condiciones de producción de los actos de salud y los procesos de desgaste laboral, desde la modalidad participativa de gestión asociada con los actores del sector, constituye un desafío epistemológico para la praxis sanitaria. Los objetivos de esta presentación son indagar y reflexionar sobre el impacto de los condicionamientos dominantes en las construcciones discursivas y de la acción. La metodología utilizada enfatizó la perspectiva Emic, con técnicas de entrevistas en profundidad, observación participante, grupos focales y dispositivos psicodinámicos.

Representaciones sociales en salud

La temática de las representaciones sociales ocupa un lugar relevante en los debates teóricos de los últimos años en las ciencias sociales. En este trabajo nos interesa mostrar el papel que juegan las representaciones sociales en la construcción de subjetividad social, en particular en lo referido a las identidades profesionales en el sector salud y el interjuego de las representaciones e identidades en los actos de salud.

Las características del contexto sociohistórico y cultural actual, la hegemonía neoliberal y en particular su materialización en el sector salud han impactado sobre las condiciones materiales y simbólicas de las prácticas de salud. Asimismo, el desarrollo tecnológico de la industria médico-farmacológica y la difusión mediática de los avances científicos en el campo médico modifican las representaciones sociales en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención. En el sector público, la trama compleja en la que se entrecruzan: el desmantelamiento del hospital público, la falta de insumos básicos con servicios de tecnología de avanzada, la inestabilidad y precariedad laboral de los trabajadores de la salud, con ideales y demandas construidas mediáticamente, se constituye en un campo en el que se expresan las representaciones de todos los actores intervinientes relacionadas particularmente con los procesos de salud/enfermedad/atención.

Las representaciones sociales son estructuras de significación social que aportan a “las colectividades medios compartidos intersubjetivamente por los individuos para lograr comprensión y comunicación” (Duveen y Llyod, 2003:30). Moscovici no sólo analiza estas estructuras como entidades ya constituidas, sino que indaga el proceso de su construcción. Para su estudio, se deben considerar los procesos intergrupales e intragrupal que promulgan las representaciones sociales e intervienen en la conformación de las mismas; en esta línea, Glynis M. Breakwell (1992) sostiene la importancia de integrar la teoría de las representaciones sociales con la teoría de las identidades sociales, propuesta por Tajfel (1978). Si bien la autora reconoce que se trata de paradigmas diferentes, ambos integran la psicología social y puede realizarse un cruzamiento fértil que conduce a modelos explicativos más poderosos, que puedan dar

* Este trabajo fue presentado y publicado en el CD Primeras Jornadas de Representaciones Sociales - Investigación y Prácticas. Organizado por: Ciclo Básico Común – UBA. 17 y 18 de octubre de 2003. Ciudad de Buenos Aires. Argentina

cuenta de las configuraciones que adquieren las representaciones sociales y de los motivos que llevan a los individuos a adoptar una representación social como propia.

La teoría de las representaciones sociales ayuda a comprender procesos de cohesión y de diferenciación de los grupos y su contribución a la conformación de la identidad grupal. La teoría de la identidad social ayuda a estudiar el proceso que da forma a la representación social y a indagar el trabajo y los mecanismos por los cuales una representación social, ya sea producida dentro de un grupo de pertenencia, coproducida por diferentes grupos o por el exogrupo, deviene familiar. Un ejemplo de lo dicho puede observarse en cómo muchos colectivos profesionales, para profesionalizarse, “toman prestadas” y aceptan como propias, representaciones sociales e imágenes de otros grupos profesionales. La representación profesional del psicólogo como psicoanalista no sólo es la aceptada por los propios profesionales sino además la que circula en el medio social.

La dinámica grupal en los equipos de salud, influencia los procesos de objetivación y anclaje de la representación social tanto a nivel individual como interindividual. Asimismo, promueve la exposición, la aceptación y el uso de ciertas representaciones sociales, y excluye otras. El compartir con el colectivo de trabajo una historia y un presente común organiza la significación individual y da sentido a múltiples acciones y gestos cotidianos.

- Ej.: *“Todo comentario de mi hijita o de mi mucama me parece nimio porque los seres humanos se dividen entre los que respiran y los que no respiran”* (Médica emergentóloga)

Gerard Duveen y Bárbara Llyod (2003) consideran que se puede enfocar el estudio de las representaciones sociales desde la perspectiva de una psicología social genética. Desde ese enfoque y apoyándose en el estructuralismo genético de Piaget y de Goldmann, sistematizan tres procesos en la construcción de las representaciones sociales: la sociogénesis, la ontogénesis y la microgénesis. La sociogénesis refiere al proceso histórico social de creación de las representaciones. La construcción de la representación social del médico y de los distintos trabajadores de la salud puede ser estudiada en cada contexto sociohistórico, a fin de analizar sus determinantes, sus características y las modificaciones acorde a procesos históricos, políticos y económicos.

El segundo aspecto genético de las representaciones sociales se construye en la interacción social, en las diversas situaciones sociales emergen las representaciones sociales de cada individuo que posibilitan la comprensión de la situación, la ubicación del propio sujeto y del otro/s. En ese proceso interactivo se deconstruyen, se construyen o se consolidan representaciones. En los procesos de socialización profesional en particular en las instituciones de formación, el interjuego de las representaciones sociales de las profesiones irá conformando las identidades profesionales. “En toda interacción social está presente un proceso microgenético en el cual se negocian las identidades sociales y se establecen marcos de referencia compartidos” (Duveen y Llyod, 2003:37).

La ontogénesis da cuenta de la manera en que las representaciones sociales se activan psicológicamente en los individuos. Es el “proceso mediante el cual los individuos reconstruyen las representaciones sociales y al hacerlo, elaboran identidades sociales concretas. [...] Precisamente las representaciones sociales se activan psicológicamente en los individuos bajo la forma de identidades sociales. Podemos afirmar entonces que los individuos, para expresar o afirmar una identidad social, se basan en los recursos que ponen a su disposición las representaciones sociales” (Duveen y Llyod, 2003:36). La apropiación de una representación social por un sujeto estará determinada por un

interjuego particular entre las características de la representación social –será más imperativa si se trata de una representación hegemónica- por los espacios de interacción en donde circula esa representación –microgénesis- y las características personales de cada sujeto.

Siendo el lenguaje el medio fundamental para la puesta en práctica de las interacciones sociales, el análisis de los discursos entre los integrantes del sector salud permite visualizar las representaciones que circulan en este espacio social. Un punto de partida para la investigación sobre las representaciones sociales debe identificar la estructura significativa, la estructura que tiene importancia funcional para un determinado grupo (Goldmann, citado por Duveen y Llyod, 2003).

Algunas características de las representaciones sociales y del proceso de construcción de identidades de los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud construyen las representaciones sobre el proceso salud/enfermedad/atención, sobre el público usuario y sobre sí mismos, en base a diversos procesos de socialización, entre los que resultan esenciales la formación universitaria, la propia práctica profesional, la participación en espacios profesionales, los medios de comunicación (como ejemplo mediático: -E24, Hospital público). En el interjuego dialéctico de dichos procesos, van negociándose las identidades profesionales.

“Identificarse es definir quién se es. Establecer un núcleo que afirma una existencia específica rodeada de características y atributos, que muchas veces se suponen únicos, distintos, propios, nunca ajenos. Y esa identificación cubre diversos niveles y ámbitos: el de la identidad personal, el de la identidad grupal, el de la identidad étnica, el de la identidad cultural, el de la identidad nacional” (Montero, 1991:15). La identidad social supone una construcción cotidiana hecha a partir de percepciones, significaciones, atribuciones y representaciones producidas en la interacción. Es singular y plural, móvil y permanente. “La identidad social establece una especie de “supraidentidad” que proporciona un marco de referencia. Es aparentemente estable y sin embargo, cada día se construye y disuelve en múltiples experiencias que la niegan para casos concretos y la confirman para la generalidad” (Montero, 1991:15).

La caída de la identificación categorial

Serge Moscovici define las representaciones hegemónicas como aquellas que se caracterizan por la uniformidad y por su poder coercitivo, y que marcan las prácticas simbólicas y afectivas (Castorina y Kaplan, 2003). Desde el enfoque sociogénico podemos analizar el devenir de la representación profesional del médico. Anteriormente el médico ocupaba un lugar social con alto prestigio, un lugar de privilegio, que ha sido muy bien descrito como “clase médica” por Eliot Freidson (1978). En los últimos años, este lugar social del médico se ha modificado. Hemos observado que la interacción con los usuarios en el encuentro en el acto de salud, en ocasiones lleva a los profesionales al replanteo, no sin sufrimiento, de la identidad profesional. La comparación con el modelo ideal e inaccesible, acrecienta la negatividad en la identidad profesional, ocasionando sensación de minusvalía e impotencia.

Craig Cohoun (1997) ha argumentado que, mientras que los modos relacionales de la identificación (identificación de sí mismo u otros por medio de su posición en una red relacional) siguen siendo importantes en muchos contextos hoy en día, en cambio, la identificación categorial (identificación en base a ser miembro de una clase por compartir un atributo categorial –raza, nacionalidad, género, profesión, etc.-) es característica de la modernidad.

En otrora lugar social valorado que otorgaba el médico un mandato “sagrado” y que estructuraba la imagen del profesional y de su identidad en relación al papel “misional” (Arturo Roig, 1991) ha sufrido embates diversos. Sin embargo, en el imaginario profesional esta representación antes hegemónica sigue permaneciendo como ideal o como expectativa y el choque en las prácticas de salud con situaciones, actitudes y comportamientos de los pacientes o familiares o del medio que descoloca al profesional médico de ese lugar esperado produce malestar y diversas manifestaciones:

- Ej.: “Ahora el lugar del médico es muy distinto que el de antes. Antes al médico se lo esperaba... Ahora hay mucha agresión...” (Pediatra)

En otros casos, si bien la identidad siempre es definida en la diferencia con otros, es posible observar que la identidad profesional puede por un lado, generar sentimientos de orgullo y pertenencia, pero también puede organizarse a partir de la estigmatización y segregación del otro, del exogrupo:

- Ej.: “Un día les vamos a decir que el nene no tiene nada y van a sacar el revólver y nos van a pegar un tiro. No te hacen caso con las dietas, vos les explicas todo y después le dan chocolate. Siento que te están tomando el pelo” (Pediatra)

Los efectos de las políticas neoliberales tanto en el sector salud (desmantelamiento de las instituciones de salud, precarización laboral, subempleo o sobreempleo), las condiciones de salud de la población usuaria, y el malestar de los ciudadanos por el avasallamiento de sus derechos crea situaciones propiciadoras de enfrentamientos y violencias.

Las imágenes del público usuario que pueden inferirse de expresiones de los profesionales, también revelan esta dinámica: el “malón”, la “presión” de la sala de espera.

En otras ocasiones, son los otros colectivos profesionales los estigmatizados y hacia los que se dirige la hostilidad de un grupo:

- Ej.: “Ahora nos valoran (los trabajadores sociales) porque con la crisis no hay más que dar y sólo queda escuchar” (Psicóloga)

Las distancias entre las representaciones profesionales, la identidad profesional y las condiciones del ejercicio laboral, crean una serie de tensiones cotidianas propiciadoras del desgaste laboral-burnout...

- “Ahora estamos para contener, es una mierda el laburo. Somos funcionales al sistema... Estamos laburando peor que las primeras asistentes sociales. No tiene nada que ver con lo que nos formamos (Trabajadora Social)

Dispositivos alternativos de intervención: recorriendo las distancias

Nuestras propuestas de trabajo en el sector salud, incluyen la implementación de dispositivos de intervención destinados a relevar las problemáticas existentes en los colectivos laborales y a propiciar estrategias preventivas y promocionales de salud. Crear dispositivos participativos abre a pensar en la propia identidad pero historizada, repensando la identidad mítica-misional, modelo ideal, otorgada. Técnicas psicodinámicas, gráficas, grupos focales, talleres o conferencias son los instrumentos que utilizamos a fin de visibilizar estas problemáticas y favorece los procesos de cuidado de los cuidadores de la salud.

- Ej.: “Para mí se trata de que valoricemos nuestro trabajo, a veces no nos llega el valor, el reconocimiento de la familia pero somos un punto muy importante en la familia, en la sociedad. La tarea no es sólo asistencial sino que es educativa, didáctica también. Esto viene de la facultad, por afán de aprender hicimos guardia, hicimos cosas de enfermería” (Pediatra)

En nuestra investigación, hemos observado que, en los profesionales recién recibidos, la relación médico-paciente y la elección vocacional constituyen valores positivos que producen sentimientos de satisfacción en el trabajo y son fuertes dadores de identidad profesional. En los profesionales con muchos años de ejercicio, ambos elementos pueden transformarse en contravalores o ser vividos como elementos cuestionadores de la identidad profesional.

De nuestro proceso investigativo surge que los trabajadores perciben que los problemas que afectan su desempeño se encuentran lejos de su campo de acción. Los trabajadores de la salud expresan que sus acciones específicas en salud han perdido sus efectos tradicionales debido a problemáticas coyunturales más amplias. Ante esto, el trabajador se percibe como imposibilitado de modificar estas condiciones. Su causalidad personal se ve afectada.

- Ej.: “Yo empecé un trabajo sobre la salud de los trabajadores de la salud. Todavía no lo terminé. Lo voy a hacer, pero ya no creo que sirva de algo realmente”. (Médica)

- “Acá si uno no transa entre lo que debe hacer y lo que puede hacer...yo podría rebelarme, pero es un gasto de energía enorme y no significa necesariamente mayor eficiencia”

Las propuestas de encontrar espacios de intercambio con los trabajadores del propio y de otros servicios para conversar lo que ocurre, “sin exigencias académicas sino gratos” ha sido una de las únicas posibilidades que los trabajadores reconocen como que está a su alcance, sin embargo la misma se enuncia en la mayoría de los casos en todo impersonal y sin implicación reflexiva. En el siguiente enunciado se pueden observar los movimientos entre el sentimiento de incapacidad para modificar las condiciones que les producen malestar y la propuesta de una solución posible:

- Ej.: “Tenemos que mejorar la comprensión de todo este sistema, que aparentemente es incomprensible, pero que es comprensible desde un punto de vista más global. Tendríamos que hablar de política, de distribución de la riqueza, del trabajo, del bienestar de la gente. Pero ese es otro tema que no me compete y que yo no puedo hablar como puedo hablar de medicina y de mi trabajo específicamente. Yo puedo dar alguna idea de lo que me compete a mí, pero creo que el problema es infinitamente más grave y que está fuera de nuestros alcances”. (Médica)

Conclusiones

Si las representaciones no sólo son el producto de la internalización de imágenes, actitudes y valores adquiridos en el transcurso de los procesos de socialización sino que también son producidas activamente por los sujetos y los grupos, los dispositivos de investigación-acción grupales y participativos ofrecen un espacio para la transformación y la significación instituyente. En este sentido no sólo debemos encarar la génesis de las representaciones sociales y las identidades profesionales desde un enfoque genético sino también analizarlos desde los procesos micropolíticos y macropolíticos.

El estudio de los actos de salud abordado desde las perspectivas macropolítica, micropolítica y microgenética, permite dar cuenta de los determinantes histórico-políticos, de los dinamismos psicosociales y de las tramas representacionales e identitarias de usuarios y efectores. De esta forma, habilita la promoción de aplicaciones menos coercitivas del poder, resistencias creativas personales y sociales en la praxis en salud, y favorece principios de identidad basados en una ética relacional, surgidos de la propia realidad histórica y social de manera creadora, en un proceso continuo de construcción y reconstrucción.

Bibliografía

- Breakwell, G.M. (1992): "Social Representations and Social Identity". Paper presentado en la Primer Conferencia Internacional de Representaciones Sociales. Ravello, Italia.
- Calhoun, C. (1997): *Nationalism* (Minneapolis, University of Minnesota Press. Pág.36 y sigs.
- Castorina, J.A y Kaplan, C.V. (2003): "Las representaciones sociales: problemas teóricos y desafíos educativos" en Castorina; J.A. (Comp): *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona, Gedisa.
- Duveen, G. y Lloyd, B. (2003): "Las representaciones sociales como una perspectiva de la psicología social" en Castorina; J.A.(comp): *Representaciones sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona, Gedisa.
- Freidson, E. (1978): *La profesión médica*. Barcelona. Ediciones Península.
- Kielhofner, G (Ed.) (1995). A model of human occupation:theory and application, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Montero, M. (1991): "Identidad social, ideología y transformación en América Latina". Conferencia dictada en el Cuarto Congreso Nacional de Psicólogos de Chile.
- Roig, A.A. (1991): "América Latina y su identidad". Conferencia dictada en el Cuarto Congreso Nacional de Psicólogos de Chile.

3.3 Praxis y Territorios. Estrategias de prevención y promoción de salud con trabajadores de subterráneos*

Katty Pérez Chávez, Patricia Brouson, Malena Lenta.

1. Introducción

El proyecto neoliberal y los cambios operados en la situación de trabajo han traído un alto costo en términos de condiciones de vida y de salud. Este costo es aun más marcado en lo que respecta a salud de los trabajadores; a pesar de lo cual no se han generado acciones tendientes a revertir el panorama planteado. Por el contrario, a la retracción de la cobertura de salud pública debe agregarse la casi desaparición de las políticas de derechos en salud y trabajo. Asumir una posición contrahegemónica es entonces una condición para la producción de salud en el campo del trabajo.

El objetivo de este artículo es dar cuenta de una experiencia de investigación- acción en salud mental, realizada con trabajadores de la línea D de subterráneos en el año 2004. Se trata de una evaluación de salud mental basándonos en modelo de monitoreo estratégico.

Los objetivos específicos consisten en:

Evaluar problemas de salud prioritarios, percibidos y no percibidos, por género y tipo de tarea

Identificar condiciones de riesgo, peligro y factores de protección en el ambiente de trabajo

Explorar cargas físicas, psíquicas y mentales según género y tarea

Relevar estrategias defensivas y FODA.

La investigación corresponde al Proyecto de UBACyT denominado Praxis Psicosocial Comunitaria (2004-2007) que tiene por objetivos generales propiciar monitoreos estratégicos de necesidades, representaciones, saberes y prácticas en escenarios sanitarios y situacionales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el conurbano, así como favorecer la co-construcción de estrategias de promoción y prevención de la salud desde una ciudadanía activa. Se articula también con el Programa del Observatorio en Prevención y Promoción de la salud de los trabajadores, ambos dirigidos por G. Zaldúa.

La perspectiva metodológica que adoptamos combina la Investigación Participativa con el Monitoreo Estratégico que comprende un conjunto de dispositivos de evaluación estratégica de salud, contruidos desde las experiencias y saberes colectivos en procesos de trabajo, el objetivo es la prevención profunda y la promoción real, activa, crítica y reflexiva, de las condiciones que moldean el bienestar y la salud, en contexto de trabajo. Es una modalidad alternativa a los enfoques tradicionales que ponen el acento en la salud y la enfermedad como responsabilidad individual y que hacen recaer los efectos del deterioro laboral sobre los mismos trabajadores. Los datos recolectados indagan en las percepciones sobre la situación de salud y los cambios operados a lo largo del tiempo en el trabajo. Utilizamos a estos efectos, escala de bournout, mapa de riesgo de condiciones y medio ambiente de trabajo, técnicas iluminativas y análisis de estrategias defensivas y resilientes. Análisis cuali-cuantitativo y triangulación metodológica.

* Este trabajo fue presentado y publicado en el CD de las VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto Gino Germani. 25, 26 y 27 de julio de 2005

El Proceso de Trabajo constituye un campo de luchas e intereses antagónicos debido a lo cual está en el centro de los conflictos por el poder económico y político. La riqueza concentrada y el contexto crítico de deterioro de las condiciones de salud y de la calidad de vida hacen del trabajo en tanto objeto de conocimiento e intervención epidemiológica, un lugar de controversias y de replanteo de los paradigmas dominantes, así como de las bases éticas, del involucramiento y del compromiso de los actores con los sectores concernidos. En ese sentido, esta experiencia representa una confrontación con los enfoques tradicionales en salud mental laboral.

2. Marco Teórico

Condicionan la salud poblacional, el modo de producción y las Formaciones económico sociales que a los inicios del siglo XXI presenta un panorama de intensas convulsiones y transformaciones de nivel planetario. La aparición de nuevos problemas que interrogan los conocimientos, los valores establecidos y los modelos hegemónicos se superpone a los anteriores problemas aun sin resolución, la mayoría de los cuáles son evitables y se relacionan directamente con la escasez resultante de las políticas de ajuste y endeudamiento externo y/o las políticas conservadoras. Estas manifestaciones de inequidades constatables obtienen respuestas sociales y políticas en reacentuación permanente, y lucha por la hegemonía. A propósito de esto afirman Gonzalo Moyano y Carlos Escudero (2005) que con la situación abierta a en diciembre de 2001 “la crisis permitió (más bien despertó) una enorme capacidad reivindicativa que se tradujo en gran participación y desarrollo de la exigibilidad de salud el tema de la salud. Entre otras cuestiones, se generaron asambleas populares que o bien demandaron (y algunas veces lograron) requerimientos específicos (sobre la atención de la salud, aspectos ambientales, etc.) o incluso obtuvieron (en un número pequeño pero significativo) participación en instancias de gestión en hospitales u otros efectores”

El proceso de salud – enfermedad – atención y su complejidad social, histórica y subjetiva precisa ser comprendido desde una perspectiva crítico-constructivista y reflexiva que propicie una transformación y redireccionamiento del mismo en beneficio de la vida y la existencia.

La praxis psicosocial comunitaria crítica pone en cuestión las posibilidades de posibilidad de lo que se puede pensar, conocer, decir, al incorporar saberes científicos y populares contrahegemónicos. Las operaciones de poder y su investimiento de los sujetos oprimidos y su autoafirmación, la marginación y el borramiento cultural, así como la coagulación identitaria, abren a preguntas e intereses colectivos. Un camino de respuestas a la cooptación puede ser en un triple nivel: 1- poner en duda cierta idea de que toda resistencia está de antemano atrapada por el poder, 2 – sobre-identificándose con la transgresión, vulnerando al poder, tomando la palabra pública, la promesa a no cumplirse, y 3 – propiciando actos de resignificación y luchar por nuevos regímenes de hegemonías (Graciela Zaldúa, et. al, 2003) .

Las reformas neoliberales del capitalismo actual se han centrado de manera preponderante en el Proceso de Trabajo. Desde dimensiones políticas, económicas, técnico-tecnológicas y subjetivas, las -mejor llamadas- Contrareformas, están afincadas en la hegemonía del orden imperialista, abarcan a la conformación del Estado y las Naciones, a la relación entre las clases y el capital, y las relaciones entre tecnología y sociedad. Transnacionalización, volatilización y aumento del volumen especulativo de capitales van paralelos a la deslocalización industrial y administrativa. De esta manera, una de las características más notables a mencionar estriba en el aumento de la

desigualdad y de la desproporción en la distribución y apropiación de la riqueza, la tecnología y los recursos naturales. El agua, los hidrocarburos o la tierra cultivable están hoy en el centro de las contiendas planetarias en la lucha por la supervivencia, el hábitat y los territorios, desde el punto de vista ecológico, productivo y medioambiental.

Otra cuestión a destacar es el sentido en que se orientó el aporte de la tecnología posibilitando la incorporación de procesos flexibles en la organización del trabajo y el consiguiente aumento en la velocidad del ciclo productivo. Como consecuencia de esto la destructividad de las fuerzas productivas incluida la humana y la descartabilidad de los objetos en permanente renovación y desgaste, constituyen lo que Ricardo Antúnez (2003) denomina la *superfluidad del trabajo y la producción* como característica distintiva del Proceso de Trabajo.

Pero mientras que el impacto tecnológico se extiende a todos los niveles del consumo y se lo propala como producto de la modernización, aun con sus efectos negativos, es necesario señalar que la actividad laboral para los trabajadores se desarrolla predominantemente sobre la base de tecnologías y maquinarias obsoletas. Con todo, los modos de vida y el agenciamiento de territorios existenciales, así como los parámetros tradicionales de la subjetividad individual y colectiva se ven la actualidad profundamente conmovidos.

2. 1. La reorganización productiva, identidad y subjetividad

La reorganización profunda del esquema productivo que se viene operando, forma parte de un cambio estratégico del capital identificado con la globalización neoliberal y el nuevo orden mundial. En este contexto, el avance en el capital científico y cultural logrado con el trabajo acumulado tanto como las posibilidades que surgen de la mano de las nuevas tecnologías y los avances científico técnicos producidos en el final del siglo XX, han sido utilizadas como instrumento de las reformas laborales y el disciplinamiento social y subjetivo. Un viraje estratégico hacia el derrumbe de la *sociedad salarial* en la que el trabajo asalariado ocupaba una posición cuantitativa y cualitativamente decisiva, y que en tanto matriz social estable, estuvo asociada con garantías y derechos, Robert Castel (2002).

Así es que los efectos más notables en el país, de esta nueva reorganización, fueron esencialmente negativos y estuvieron referidos al desmantelamiento fabril y comunitario con el cierre de importantes centros productivos y la privatización de las principales fuentes de desarrollo local e independencia económica. El desempleo en todos los niveles y fundamentalmente en los sectores de menor calificación constituyó una vía de exclusión social y de disolución de los soportes identitarios. Esto abarca tanto a la tradicional identificación con el oficio y la pertenencia a una particular rama productiva como a la posibilidad, en las inserciones estables, de dación, transmisión hacia las descendencias de un saber, una experiencia, un lugar para hacer/a ser. No es menos importante el impacto en las instituciones educativas y los formatos familiares.

La modalidad productiva heredada del taylorismo y el fordismo mediante el cual se desarrollaron las industrias y el trabajo en serie, masivo, que operó como ordenador cronotópico no fue superada por la implantación de los modelos posteriores sino que por el contrario se integró caóticamente en un nuevo esquema de gestión organizacional. Flexibilización -horaria, salarial, numérica-, polivalencia y Círculos de

calidad, son algunos de los principales dispositivos de control en la micro-organización del trabajo conducentes a adaptar la fuerza de trabajo a la producción just in time.

Mientras que el empleo tal como lo conocimos en el período anterior, con una modalidad de subsunción formal al capital, propio de la sociedad salarial se vuelve inestable, el aumento de horas de trabajo es la contrapartida del desempleo tan temido. Así, apenas una de cada 4 personas ocupadas trabaja entre 7 y 9 horas diarias y cumple con la jornada normal completa de trabajo. El 75% restante de la fuerza laboral está subocupada -porque trabaja pocas horas- o sobreocupada, porque tiene dos o más empleos o trabaja más de 45 horas semanales, según datos del INDEC. Por otra parte, entre los casi 10 millones de asalariados, casi el 40% está subocupado, otro 34% sobreocupado y el 26% trabaja entre 35 y 45 horas semanales². El desempleo estructural, crónico e irreversible constituye una realidad y un dispositivo de control social para los sectores ocupados: afectando soportes del narcisismo, reconocimiento de necesidades y funciones identificatorias, forma parte del conjunto de medidas destinadas a la supresión de derechos y reclamos tanto como de la adscripción a una clase, suplantada por la difusa condición de “pobre” con sus gradientes: estructurales, nuevos pobres, etc. La contraparte es el estímulo al forjamiento de una subjetividad complaciente con el poder en identificación con los intereses, marcas e imágenes empresariales.

No obstante esto, el desafío a la desocupación está en curso a través de las estrategias de recuperación de fuentes laborales y se abren asimismo nuevas perspectivas con la lucha por disminuir las horas de trabajo, y el consiguiente reparto de las mismas y la conservación del nivel salarial.

2. 2. Condiciones y Medio Ambientes de Trabajo y Salud

El aumento de intensidad y grado de trabajo vinculados en algunos casos a la polivalencia de funciones, pero fundamentalmente a la flexibilización de condiciones de trabajo y pérdida de derechos provoca un aumento de los llamados accidentes de trabajo y el riesgo de accidentes. Ocurre un accidente por minuto y casi dos muertes por día. Según un informe del año 2004 de la Superintendencia de ART el año 2003, con un total de 412.537 accidentes laborales, la tasa anual de incremento de accidentes cubiertos por ART se duplicó, y estimando la probabilidad de que ese dato sea aun más alto en la población que trabaja sin cobertura.³ Según la OIT en el mundo cada día mueren un promedio de 5.000 personas a causa de accidentes o enfermedades en el trabajo, un total de entre 2 y 2,3 millones de muertes relacionadas con el trabajo. De esta cifra, unos 350.000 son accidentes mortales y entre 1,7 y 2 millones son enfermedades mortales⁴.

El Proceso general de Trabajo se inserta, además, en un redimensionamiento de los riesgos y peligros vinculados al reparto de la riqueza, al poder y a la modernización científico-técnica. Ulrich Beck (1998) llama la atención sobre el hecho de que durante mucho tiempo el esfuerzo por superar la miseria oscureció los efectos secundarios de la actividad industrial. La mayor visibilidad que alcanza la liberalización de fuerzas

² Ismael Bermudez, ECONOMIA REAL Clarin.com/suplementos/economico/2005/03/27
Empleo: la jornada de 8 horas es la excepción

³ Fuente Diario Página 12, agosto 2004.

⁴ Fuente Diario Página 12, abril 2005.

destructivas actualmente da cuenta de un tránsito a lo que el autor denomina *sociedad del riesgo*, aludiendo así a la globalidad de las amenazas tanto como al vínculo con el progreso industrial y el desarrollo químico y atómico. De este modo una nueva fase en la distribución de la riqueza se acompaña del reparto de riesgos con el consiguiente potencial político de convertirse en catástrofes. *La sociedad de riesgo es una sociedad catastrófica. En ella, el estado de excepción amenaza con convertirse en el estado de normalidad.*

El problema de los riesgos del trabajo puede asumir así una enorme importancia en el campo de la salud laboral, particularmente en el estímulo a estrategias que hagan eje en el control por parte de los trabajadores sobre las condiciones y el medio ambiente de trabajo. No obstante lo dicho, conviene también señalar la herencia positivista y funcional del concepto en el modelo de la epidemiología clásica. La lógica del paradigma del riesgo comparte el sentido de contingencia, fragmentación de los procesos y un presente factorial en el que la realidad queda reducida al plano empírico coexistiendo con los umbrales de rentabilidad empresarial en un esquema de lo posible, afirma Jaime Breilh (2003) Atendiendo a las lógicas relacionales y sus dimensiones de clase, género y etnia la perspectiva crítica de la epidemiología incorpora el principio de movimiento y se funda en la noción de *proceso*, de modo que la situación de salud puede adquirir propiedades destructivas, es decir, insalubres, o benéficas, protectoras, en tales casos saludables.

2. 3. Consecuencias en la salud. La salud mental

La salud laboral desde el higienismo ha estado atravesada fuertemente por una visión biologicista del sujeto trabajador. Frente al reduccionismo surgen perspectivas alternativas, integrales y contextuales, principalmente desde la Epidemiología social y crítica y la Salud Colectiva. Los aspectos simbólicos y subjetivos en relación con la salud mental están siendo también incorporados. Pero las prácticas psicológicas en el campo de salud laboral suelen limitarse a seguir acríticamente las demandas gerenciales. La evaluación de aptitudes y competencias conforme con la racionalidad empresarial, es el modelo prescrito de los screenings. Salud o enfermedad se solapan en el ajuste del/la trabajador/a al puesto y la misión. Paralelamente, en las representaciones y prácticas psicológicas está muy extendida la visión psicopatológica anclada en un pensamiento individualista para la explicación etiológica que pone el acento en el polo de la enfermedad.

Para Edith Séligmann Silva (1986) la denominación Salud Mental del Trabajo focaliza la Salud Mental como *proceso dónde las agresiones dirigidas a la mente por la vida laboral son confrontadas por las fuentes de vitalidad y salud que representan las resistencias de naturaleza múltiple, individuales y colectivas, y que funcionan como preservadoras de la identidad, de los valores y de la dignidad de los trabajadores.*

Tomando como punto de partida, tanto en la acepción de comienzo como de separación a la psicopatología, la psicodinámica del trabajo dirige la atención a las dinámicas psíquicas y su relación con la organización del trabajo. La intervención desde este enfoque procurará la emergencia del placer y la racionalidad en lo subjetivo, cognitivo, intelectual y axiológico. A la luz del estudio de los nuevos procesos ergonómicos planteados por la organización del trabajo, la *Psicodinámica del trabajo* (Dominique

Dessors, et. al. 1998) analiza los procesos intersubjetivos de sufrimiento, alienación, y defensas que operan como freno a los procesos de reapropiación y cambio.

El mandato –o necesidad- de mantenerse en el trabajo constituye una realidad para los/as trabajadores/as ante la cual se ponen en marcha estrategias colectivas e individuales, lo que no impide el coste. Un modo de resistir en el trabajo a las exigencias, la violencia y el agotamiento consiste en la creciente utilización de medicamentos y automedicación según Marie-Pierre Guilio Baily (1994).

Cada vez más se reconoce en el stress el efecto o respuesta desde la realidad del organismo por parte de aquel o aquella que no encuentra otras formas de afrontar las exigencias de trabajo. En la definición que adopta la Dirección general de empleo y asuntos sociales al año 1999⁵. El stress es el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo. Es un estado que se caracteriza por los altos niveles de excitación y angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación.

En el trabajo, el cuerpo es fuente de privilegiada de afectación, lugar de resistencia.

Spinoza define un cuerpo cualquiera simultáneamente de dos maneras. Por un lado, un cuerpo por muy pequeño que sea, comporta siempre una infinidad de partículas: son las relaciones de reposo y movimiento, de velocidad y de lentitud entre las partículas, las que definen el cuerpo, la individualidad de un cuerpo. Por otro lado, un cuerpo afecta a otros cuerpos distintos o es afectado por otros. El cuerpo como el pensamiento son modos: relaciones complejas de velocidad y de lentitud, y también el poder de afectar y ser afectado Deleuze (2004).

El cuerpo constituye un locus de moldeamiento social, de disciplinamiento tanto como de confrontación y lucha. Señala Michel Foucault (1992) la estrecha relación entre el cuerpo y el poder, entre el dominio y la conciencia. El dominio y la conciencia del cuerpo no se adquieren sino por el efecto de ocupación que hace el poder al signar lo bello o lo sano, pero al mismo tiempo surge también en el cuerpo y del cuerpo la reivindicación contra el poder.

3. Metodología

La metodología que utilizamos en este proyecto reconoce en la experiencia y el saber de los trabajadores respecto de su salud un punto de partida. Corrientemente, experiencia y saber son separados y capturados en operatorias hegemónicas que necesariamente habrán de ser puestas en cuestión mediante la indagación y la co-construcción de colectivo a colectivo, de perfiles y alternativas. En esta perspectiva metodológica, objeto, sujeto y praxis se articulan sinérgicamente.

La metodología de investigación participativa está sustentada en una herramienta de planificación, el Monitoreo Estratégico. Este asume la tarea de potenciar los procesos saludables y acabar con los procesos destructivos. La prevención profunda y promoción de la salud son instrumentos para la defensa de la vida ante las políticas impuestas por el poder que acarrearán un agravamiento de la pobreza y el retroceso de las condiciones de trabajo (Breilh, 1995)

⁵ Empleo y asuntos sociales. Seguridad y salud en el trabajo. Comisión Europea. División general de empleo y asuntos sociales. Unidad D-6. 1999.

Quedó establecida una modalidad de gestión asociada entre el cuerpo de delegados del subterráneo y el equipo de investigación para el planeamiento de los talleres y técnicas de recolección de datos y análisis. La metodología participativa consistió en una serie de talleres en los que se llevaron a cabo dispositivos específicos de evaluación: Escala de bournout, Mapa de riesgo sobre condiciones y medio ambiente de trabajo, técnicas iluminativas y análisis de estrategias defensivas, con un criterio de triangulación teórico-metodológica congruente con el abordaje de la complejidad. El análisis de los datos es cuali-cuantitativo. Denzin y André, referidos por María Cecilia de Souza Minayo y Octavio Cruz Neto (s/f) enfatizan el aporte de la triangulación metodológica como instrumento de iluminación de la realidad bajo varios ángulos, propiciando mayor claridad teórica y mayor discusión interactiva e intersubjetiva de los datos.

La población total fue de 27 personas, 18 varones y 9 mujeres, de una de las líneas del subterráneo.

4. Desarrollo

Como ya hemos dicho, esta investigación acción apuntó a realizar una evaluación de la salud colectiva de trabajadores del transporte de subterráneos. Está inscripta en el proyecto de investigación más amplio denominado Praxis Psicosocial Comunitaria (UBACyT, 2004-2007) y el Programa del Observatorio en Prevención y Promoción de la salud de los trabajadores.

Nuestra intervención acompaña el reclamo que vienen haciendo los trabajadores del subte a través del Cuerpo de delegados reclaman de disminuir las horas de trabajo y lograr el reconocimiento oficial de que el trabajo es insalubre.

De acuerdo a lo que informa el Cuerpo de delegados:

“La experiencia acumulada desde 1938 a la fecha y los estudios e investigaciones realizados en nuestro país y en el exterior sobre el trabajo en los subterráneos, demuestran la necesidad de establecer un horario máximo de permanencia de los trabajadores en el puesto o lugar de trabajo. Ya en 1945 se había limitado el tiempo de desempeño de tareas a bajo nivel y al año siguiente, por el Decreto 10667/46, se estableció la jornada de 6 (seis) horas diarias y 36 (treinta y seis) semanales como máximo.

Cronología

Año 1938: Se agrupan las líneas de Transporte Subterráneo de la Capital Federal. Se establece un régimen de trabajo de 8 horas diarias y 48 horas semanales como máximo.

Año 1945: Para el personal de Trafico se fija una jornada de 7 horas diarias y 42 horas semanales como máximo. Se trata del Decreto al que se refiere la Asociación Sindical en el C.C.T. para sostener que la jornada de trabajo, en la actualidad, con Metrovias, es de 7 horas diarias.

Año 1946: Se califican los trabajos “bajo nivel” como insalubres, estableciéndose una jornadas de 6 horas diarias y un máximo de 36 horas semanales. Decreto Nacional N° 10667/46. El Decreto resuelve que los estudios e investigaciones ordenadas arrojaron como conclusión que las condiciones de trabajo en el transporte subterráneo son anormales, y si bien le reconoce al entonces Director Nacional de Salud Publica, quien sostenía que los estudios eran incompletos, que faltaban comprobar las condiciones físico químicas del ambiente y el examen de mayor numero de obreros el Poder Ejecutivo afirma que ello no es obstáculo para no declarar ya insalubre el mismo por los

defectos que se encuentran comprobados y porque tratándose de cuestiones que afectan la salud de los trabajadores, el cuidado del mismo es obligación urgente e ineludible del Estado declarándolo por lo tanto Trabajo Insalubre y disponiendo que la reducción de la jornada no impondrá en ningún caso disminución de los salarios.

Año 1964: Por medio de Convenio Colectivo de Trabajo N° 51/64 se fija:

- a) Para Trafico un régimen de trabajo de 7 horas diarias y 42 semanales.
- b) Para técnica 8 horas diarias y máximo de 44 semanales
- c) Para lugares entendidos como insalubres por el decreto anterior una jornada de 6 horas diarias y máximo de 36 horas semanales

Año 1967: Se deroga el Decreto Nacional N°10667/46 recalificando los trabajos como salubres extendiendo la jornada reducida de 6 horas a 7 horas y máximo de 42 semanales

Año 1973: Se restablecen las condiciones de insalubridad vigentes al año 1946.

Año 1979: Nuevamente se derogan las condiciones de insalubridad establecidas en 1973 estableciéndose una jornada de 7 horas.

Año 1984: La empresa Subterráneos de Buenos Aires establece la jornada reducida de 6 horas para el personal que desarrolla sus tareas bajos nivel. Se concede el régimen horario de trabajo insalubre (no las condiciones de insalubridad) porque pese a no haberse realizado los estudios e investigaciones correspondientes se presumía insalubre. La resolución N° 14/84 Lleva la firma del entonces Presidente de Subterráneos de Buenos Aires Nicolás Vicente Gallo.

Año 1994: La empresa Metrovias establece la jornada de trabajo de 8 horas lo cual retrotrae brutalmente a los trabajadores de subterráneos en materia de Seguridad e Higiene y Salubridad a 1938.

Desde 1938 a 1994 (con Metrovias) en el transporte subterráneo se trabajó 8 horas durante siete años, 7 horas durante quince años y 6 horas durante 34 años. Solo se trabajo mas de 6 horas en circunstancias políticas excepcionales como dictaduras y gobiernos de facto”.

1er Momento

En este momento se realizan los encuentros con el cuerpo de delegados del subterráneo con el objetivo de establecer un espacio de consultoría e intervención en salud, con la modalidad de gestión asociada.

Las primeras consultas y ulteriores consistían en el pedido de reevaluación de situaciones en las que los trabajadores no habían pasado las pruebas psicotécnicas implementadas desde el Servicio médico, actualmente terciarizado. Es destacable el dato de que ni el servicio médico contratado por la empresa ni el del sindicato se plantean el desgaste relacionado con el trabajo, ya sea para la prevención o para la solución.

Por el contrario, el flujo médico-laboral determina que cada año, los trabajadores del subterráneo se sometan a una serie de pruebas psicofísicas. Esta vigilancia realizada desde una pura verticalidad coloca a cada trabajador o trabajadora en una posición pasiva. Mas que eso ya que del resultado de las pruebas, en particular del psicotécnico, dependerá la perspectiva laboral y el puesto de trabajo. De este modo la situación, además de resultar altamente estresante, hace recaer sobre cada trabajador/a individual los efectos del desgaste y de las condiciones insalubres.

Se plantea para los trabajadores un circuito de insalubridad con:

a- Producción de desgaste y enfermedad a lo largo del tiempo: cómo veremos, las tareas que se llevan a cabo en el transporte subterráneo es altamente desgastante por lo que

resulta imprescindible desarrollar cambios en la relación entre trabajadores y condiciones de trabajo que contemplen los modos de desgastes particulares.

b- Consecuente reducción de la perspectiva laboral y salarial: En caso de encontrarse problemas de salud puede ocurrir que no se admita el ascenso o la continuidad del trabajador o trabajadora en el puesto actual. Tal como se plantea es una manera de limitar las perspectivas de progreso y no una reinserción cualificada.

c- La probabilidad de que los psicotécnicos `den mal´ aumenta injustificadamente el nivel de estrés en los empleados:

d- El desgaste laboral no se previene desde las condiciones de trabajo: Cómo ya fue señalado, la constatación de patrones de desgaste es desestimada en la perspectiva hegemónica de la rentabilidad a cualquier precio.

Comenzamos a esbozar una co-construcción del problema y la propuesta metodológica y los objetivos de la evaluación.

2do Momento

Convinimos la realización de cuatro encuentros y los instrumentos a aplicar en cada uno de ellos, con una modalidad de talleres.

a) Escala de burnout: Esta escala surgida de por la manifestación de un conjunto de evidencias clínicas en aquellas personas que se desenvuelven en actividades que requieren el trato con otras personas y principalmente en tareas o profesiones de ayuda. Realizamos una adaptación para el caso de servicios.

El síndrome de Bournout, siguiendo la definición elaborada en 1995 por Macarena Martínez y Patricia Guerra (1997) este es la *resultante de un estado prolongado Stréss Laboral que afecta a personas cuya profesión implica una relación con otros, en la cuál la ayuda y el apoyo ante los problemas del otro es el eje central del trabajo. Este síndrome abarca principalmente síntomas de Agotamiento emocional –también cansancio emocional (CE), la Despersonalización (DP) y Sensación de reducido logro o realización personal (RP), y se acompaña de aspectos tales como trastornos físicos, conductuales, y problemas de relación interpersonal. Además de estos aspectos individuales este Síndrome se asocia a elementos laborales y organizacionales tales como la presencia de fuentes de tensión en el trabajo e insatisfacción laboral.*

El cuestionario que utilizamos agrega a la escala de síndrome de bournout MBI –de Maslach, una serie de preguntas complementarias, que abordan tópicos de percepción de cambios en la salud, orden de problemas y propuestas de solución.

b) Mapa de riesgo: Por medio de esta técnica se busca identificar los puntos críticos del ambiente físico y las influencias registradas con relación al malestar tanto corporal como psíquico y mental, teniendo como punto de anclaje la experiencia y el saber obrero, en la medida en que *la experiencia del trabajador confrontada en la experiencia colectiva del grupo homogéneo adquiere otro carácter; es decir, transforma al portador de ella toda vez que descubre el carácter colectivo de aquello que aparecía como individual.* (Asa Cristina Laurell, Mariano Noriega, Oliva López, Victor Ríos: 1990)

Desde la perspectiva de la promoción y prevención de la salud, la participación de los propios actores involucrados es fundamental para construir acciones salutíferas. La producción del mapa se realizó según tipo de tarea, desagregando los tópicos inicialmente de acuerdo a tres ítems: fuente de riesgo, modo de afectación y vías de resolución. La técnica consistió en la formación de subgrupos y luego se debatieron los núcleos de controversia. De esta manera se obtuvo información para conocer cuáles

eran los factores percibidos como riesgosos provenientes tanto del medio ambiente como de las propias condiciones de trabajo. Vale destacar que el proceso investigativo se realizó en los propios espacios de descanso y trabajo y la vivencia in situ, aunque parcial por parte del equipo de investigación- del ambiente de trabajo. Es importante destacar la actitud responsable y comprometida de los participantes con el proceso de evaluación, por y a pesar de las dificultades de espacio, del cansancio, de los horarios y de los prejuicios.

c) Técnicas iluminativas: Estas posibilitan arribar a niveles más expresivos y subjetivos que den complemento al acercamiento esencialmente racional y cognitivo logrado mediante el mapa de riesgo. La combinación de técnicas gráficas y reflexividad en el tratamiento del lugar de trabajo integra a este en una geografía del poder y de las relaciones. Salen a la luz indicios sobre los regímenes normativos y la ética relacional que operan en la cotidianeidad laboral.

Se trata de que los trabajadores logren *apropiarse de lo real, objetivando lo subjetivo*. (Esther Giraudó, 2001) En este taller los y las participantes seleccionaron espacios laborales de mayor carga física, psíquica y mental, y de bienestar. La propuesta era dibujarlos incluyéndose en ellos. Explicitados luego los dibujos, la reflexión grupal se centró en las estrategias de defensa llevadas a cabo de manera individual y colectiva.

d) Producción de F.O.D.A.: Este dispositivo de evaluación releva las fortalezas, las oportunidades, las debilidades y las amenazas experimentadas colectivamente. Desde allí que el taller consistió en una recuperación de los avances realizados en los encuentros anteriores, procurando una reconstrucción situacional a partir de los escenarios reales y posibles.

3er Momento.

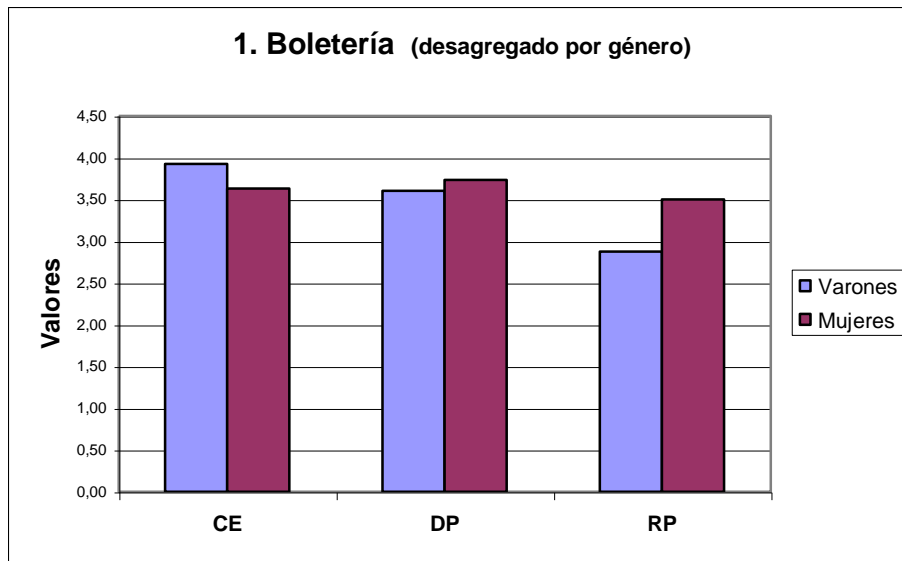
Consistió en la devolución y confrontación de resultados, así como la integración de los pasos realizados en los encuentros anteriores. Al finalizar los Talleres convinimos en la elaboración de un material que pudiera distribuirse entre los trabajadores. A tales efectos confeccionamos un boletín.

5. Resultados

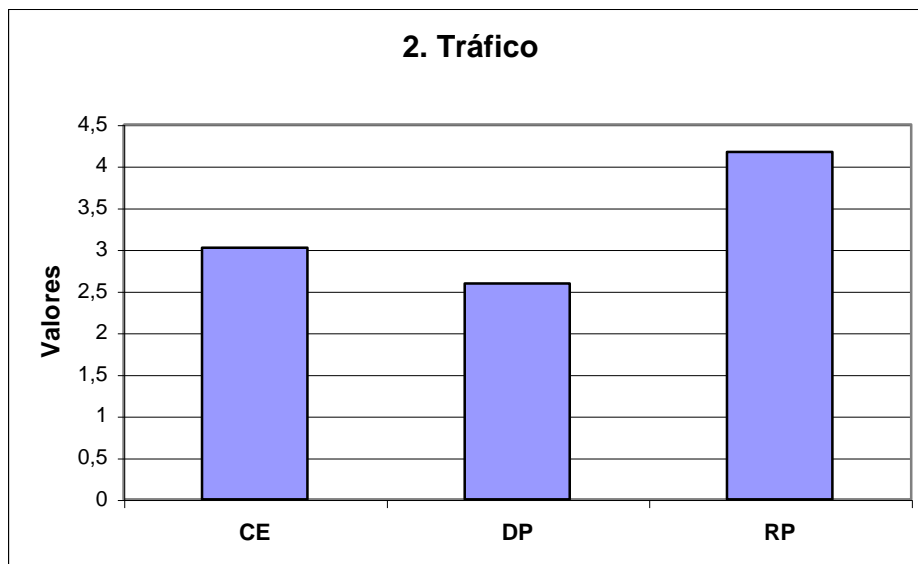
5.1. Síndrome de Burnout

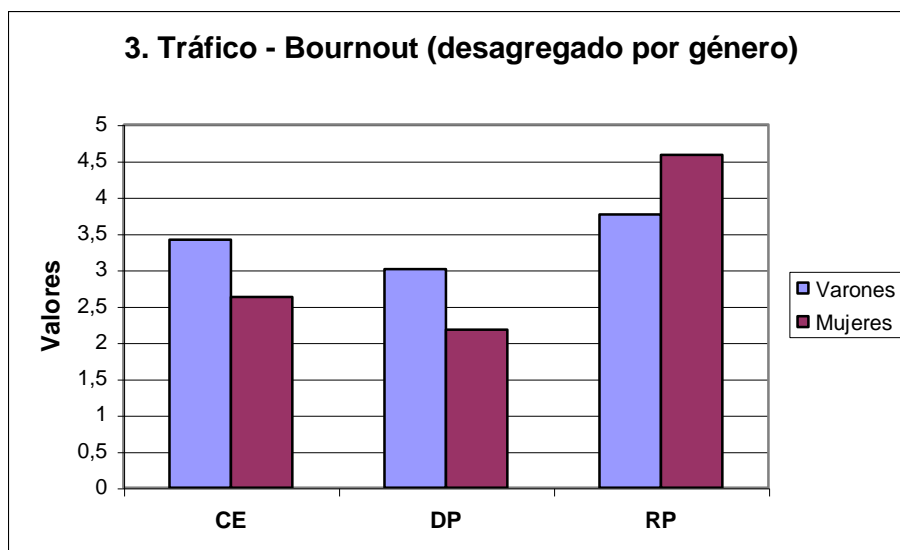
Siendo indicadores de Síndrome de Bournout los valores superiores a 2,50, en general los resultados de la aplicación del inventario indican altos valores en los tres ítems. El puntaje obtenido en Cansancio Emocional fue 3,30, en Despersonalización 3,25, mientras que 3, 80 en Realización Personal. Los resultados obtenidos muestran perfiles diferentes según el tipo de tarea, y se presentaron variaciones de acuerdo al género y tiempo de exposición.

Desagregando los resultados según las categorías de género y tarea, como puede observarse en el cuadro 1 (boletería según género) tanto para varones como para mujeres, los valores son altos en las tres categorías de cansancio emocional, despersonalización y reducido logro personal, en este último las mujeres que trabajan en boletería registran un puntaje de 3,5 respecto del reducido logro personal mientras que los hombres, en la misma tarea, registran 2,9 puntos. Esto podría indicar que es allí, en la percepción de logro, dónde se expresa el mayor sufrimiento de las mujeres según lo que manifestaron, ante los obstáculos para poder responder satisfactoriamente a las demandas de los usuarios.



En el gráfico 2 y 3 de tráfico, que incluye a los conductores, conductoras y guardas, también son altos los puntajes en los tres ítems. Asimismo en este caso es más pronunciado el correspondiente al reducido logro personal (4,1 puntos), y sigue teniendo mayores valores entre las mujeres. Probablemente el hecho de que estas tareas requieran de gran responsabilidad, incida en este punto como una pura exigencia. Así lo explicaba un trabajador al momento de completar el cuestionario: *“Yo estoy solo manejando... mezclo todo. Un día se me paró el tren y en el túnel estábamos nosotros solos con los problemas. Los cargos jerárquicos opinan mucho sobre qué deberíamos haber hecho pero ellos no saben nada de nuestro trabajo”*.





5. 2. Percepción de cambios en la salud

La vivencia de enfermedad y malestar conlleva un plus de carga relacionado con las consecuencias que le acarrea al trabajador o trabajadora en el trabajo cuando disminuye su rendimiento en la empresa. Se pierde de vista frecuentemente que el desgaste es inherente al proceso de trabajo y sus condiciones de habitabilidad. El ítem que indaga sobre los cambios de salud operados durante el tiempo de trabajo favorece la historización del desgaste y permite elucidar la reproducción de supuestos heterónomos. Entre los efectos de desgaste y los cambios en la salud más importantes, se destacan la disminución de capacidades auditivas y visuales, y problemas relacionados con las regulaciones psicofisiológicas.

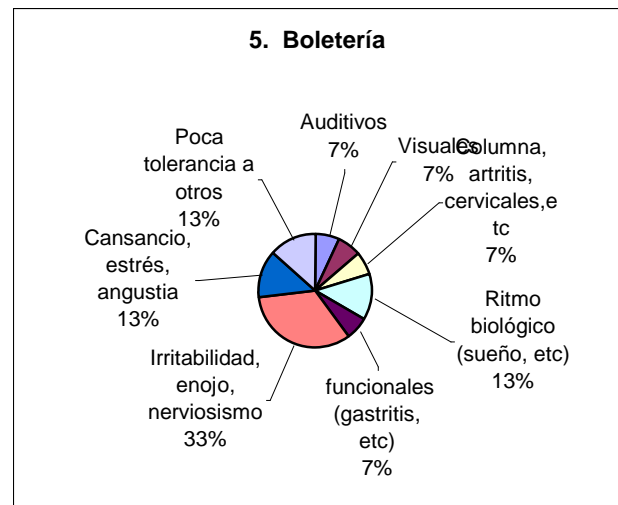
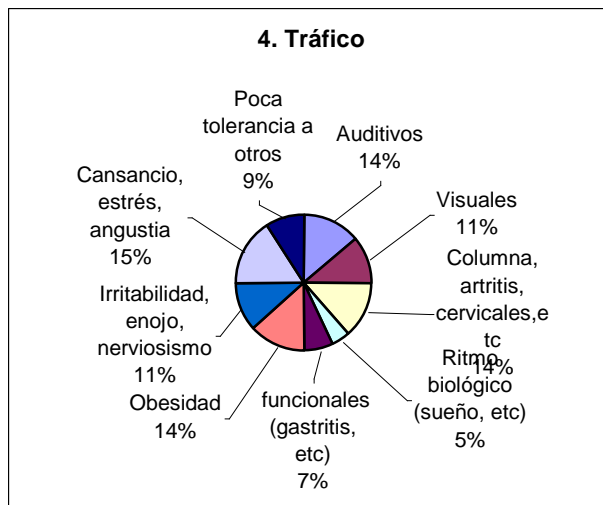
Haciendo una lectura transversal se observa que el sufrimiento psíquico y mental da lugar a síntomas de irritabilidad, psicósomáticos y vinculares, vividos con una fuerte carga de estigmatización y temor a la pérdida del trabajo, estos constituyen el 41 % de las respuestas de los trabajadores (n=61).

Sin embargo, son diferentes las problemáticas registradas de acuerdo a la tarea. En el caso de tráfico, “Cansancio - estrés - angustia” es la problemática más señalada (15 %), cargas psíquicas y mentales probablemente también ligadas a la gran responsabilidad que implica la tarea y la sobreexigencia con que es vivida. El desgaste físico se produjo en los problemas de “Obesidad”, “Auditivos” y “Cervicales” con un 14 % cada una, estos valores probablemente combinen efectos atribuibles al tipo de tarea sedentaria y al ambiente altamente contaminado por el ruido.

En boletería, la problemática más señalada es “Irritabilidad – enojo - nerviosismo” (33 %). Aquí recae fuertemente la tensión resultante del trato continuo con los usuarios y la presión de resolver dificultades sin los recursos apropiados. Por ello, también “Cansancio - estrés - angustia” y “Poca tolerancia a los otros” reciben un alto puntaje (13 % cada una). *“Es mucha gente la que pasa por el subte y no todos los días uno viene predispuesto. Un día todo bien y otro día viniste de mal humor, todo mal.”* dice uno de los boleteros al completar el cuestionario.

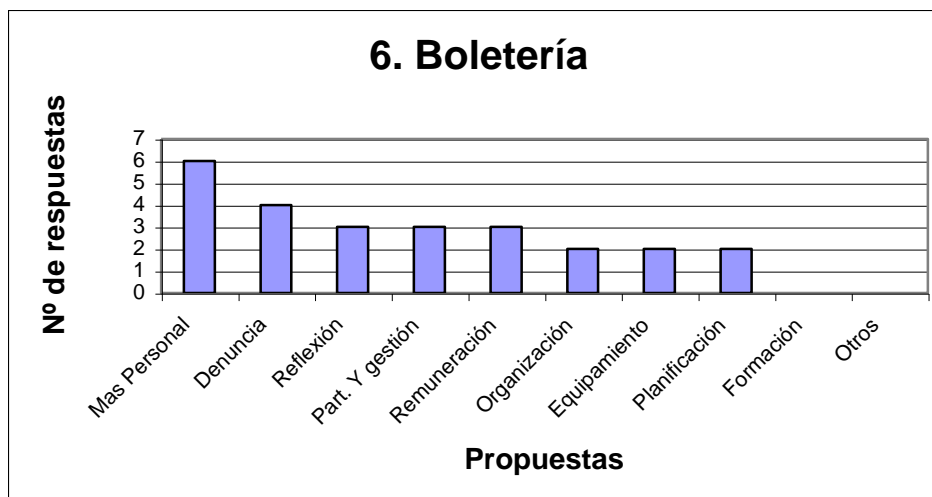
El puntaje que obtiene “Ritmo biológico” (13 %) habla de la sujeción de los ritmos biológicos al puesto de trabajo y este organizado sin tener en cuenta al trabajador o trabajadora. Mas aun, en este sector es en el que más se impusieron las formas flexibilizadas de contratación, incluso la venta de boletos en kioscos licitados se enmarca en una reestructuración que tiende a la intensificación de los ritmos de trabajo. *“La discriminación es tan grande que hasta tenemos uniformes distintos, no tenemos*

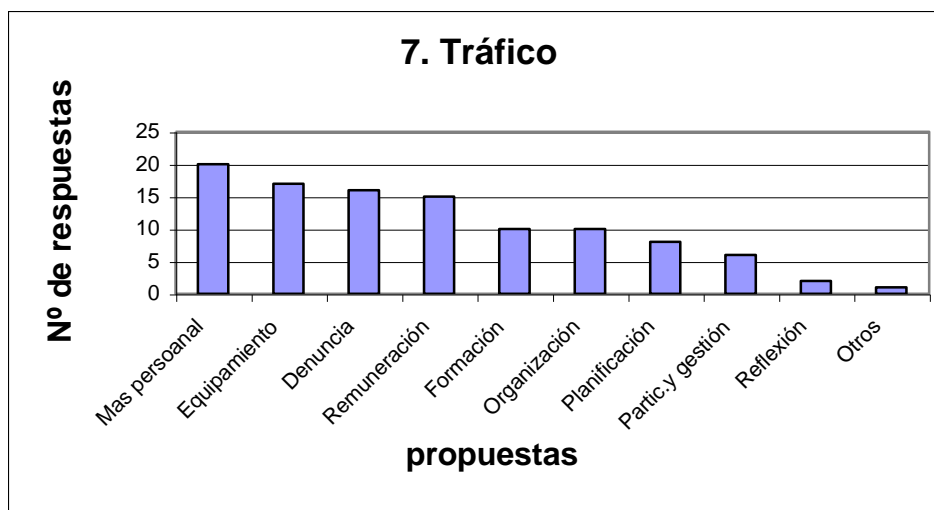
relevos ni para ir al baño, en algunas estaciones. Los que aceptan la flexibilización (vender caramelos, sobres de Susana Giménez), se les da otra ropa” señala uno de los boleteros.



5. 3. Propuestas de solución

De la exploración respecto de las estrategias para cambiar estas problemáticas, tanto a través de las encuestas como del grupo focal, en orden de importancia, el aumento de personal, la conformación de espacios de reflexión, la participación y el control de los trabajadores sobre la gestión de la empresa así como el denunciar irregularidades, se constituyeron en las más importantes para generar cambios.





5.4. Cargas físicas, psíquicas y mentales

Los trabajadores que participaron de este monitoreo están en conocimiento de los deterioros en el ambiente físico de trabajo, las condiciones de peligrosidad y de insalubridad. Y si bien existe ese reconocimiento de la objetividad, los malestares o enfermedades que viven, aun aquellas consideradas como efecto de las condiciones del trabajo se toman muchas veces como una consecuencia inevitable. Por ello, el objetivo de este taller es identificar la geografía, la relación espacio-poder, en la producción de los riesgos laborales al hacer explícitas las representaciones confrontadas con el saber mediante la reflexión grupal y, en un segundo momento trabajar en las propuestas alternativas para mejorar las condiciones laborales. Imaginar otros escenarios de trabajo activa condiciones de autonomía y control de gestión con miras a lograr mayores parcelas de salud colectiva.

En la primer etapa los trabajadores se dividieron en distintos grupos según su tarea (tráfico y boletería), discutieron, analizaron y confeccionaron, de manera global, una lista de las condiciones laborales que consideraron riesgosas y las razones en que se basaban. La producción de información allí obtenida fue luego codificada de acuerdo a la fuente de Riesgos: Ambiente Físico, Malestares y Riesgos Psíquicos y Mentales, tanto para Boletería como para Tráfico.

En cuanto a los Riesgos Físicos por ejemplo, ambos sectores destacaron como los más problemáticos:

El nivel de ruido proveniente del ambiente, *“la Empresa nos da tapones para el ruido pero no sirven”*

La iluminación: *“en los andenes hay demasiada luz y encandila”*

La ventilación *“no hay corriente de aire para que renueve la atmósfera”*,

La falta de elementos de trabajo

La peligrosidad *“las condiciones en que se encuentran los trenes y las vías no son las óptimas para transportar con seguridad a la/los pasajeros y para nuestra propia seguridad física y mental”* (dibujo 2)

La higiene *“trabajamos entre cucarachas”*,

La infraestructura *“el vestuario de mujeres está incompleto”*, *“la boletería tiene poco espacio”*. Puede agregarse que otro tanto las quejas sobre la infraestructura pasaron por la falta o la escasa comodidad de los espacios de descanso.

Con respecto a los malestares fueron apareciendo distintas imágenes del desgaste debido al efecto del tiempo en la misma tarea realizada. Por ejemplo, un

boletero manifestaba que “seis años en boletería y se me gastaron las cuerdas vocales, tuve que hacer foniatría”, “los que estamos for fai somos los guardas, nos cambia el ritmo biológico”. Uno de los signos que más se destacó fue la disminución visual y los problemas auditivos.

El problema del ambiente físico –agobiante- engloba a los puestos de trabajo, a los espacios de descanso y a los baños. Y aquí también en la aparición de conflictos interpersonales esta dimensión se perdía de vista. Expresiones como “es tierra de nadie” o “habría que poner carteles que digan sea limpio...” muestran cómo las diferencias en el uso de los espacios se traducían en juicios sobre las conductas adecuadas y no, los estilos de vida de unos, unas y otros en la convivencia cotidiana, también como dificultades en la comunicación, en ser escuchado/a por el otro, tanto como los modos de comunicación y de relación entre los géneros, entre los diferentes segmentos generacionales y diferencias particulares. El uso de los graffittis tiene en esto cierta importancia.

Es entre los riesgos psíquicos y mentales respecto de la tarea y del puesto que aparecen los conflictos con los otros, tanto con los compañeros como con los usuarios y se expresan generalmente en la poca tolerancia hacia los demás, la irritabilidad, el agotamiento, ya sea durante la jornada laboral o al momento de salir del trabajo (dibujo 1).



Dibujo 1

Dibujo 2

Junto con proponer soluciones los trabajadores/as destacan que hay una falla en la organización del trabajo, la negativa a invertir y la falta de escucha por parte de la empresa de la voz de los trabajadores “deberían escuchar más a los trabajadores”.

5. 5. Cierre

La técnica de FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) explora los procesos protectores, limitantes, resilientes y de empoderamiento. Permite articular prospectivamente lo ya trabajado. Entre los núcleos a destacar se plantearon los problemas para la participación y las políticas divisionistas, así como también en lo positivo, rescatar la historia y características particulares del colectivo de trabajadores.

6. Discusión

El proceso de trabajo y las condiciones del mismo obedecen a una lógica del capital y de relaciones de poder que en contextos sociopolíticos concretos devienen en pérdida de conquistas laborales, de centralidad de los trabajadores y de los derechos sociales y de ciudadanía con impactos de desubjetivación, alienación y heteronomía. En una perspectiva crítica la evaluación de salud en el trabajo desafía los condicionamientos teóricos y ético-políticos de las prácticas gerenciales en salud mental.

Los resultados obtenidos muestran diferencias de perfil según el tipo de tarea y presentan variaciones de acuerdo al género y tiempo de exposición. Corresponde resaltar la observación de condiciones riesgosas y peligrosas medioambientales y físicas en procesos claves como la iluminación, los ruidos, las temperaturas y la falta de ventilación. Denuncian los peligros vinculados al estado de las vías y las condiciones de infraestructura. Entre los efectos de desgaste se destacan la disminución auditiva y visual, y problemas de regulación fisiológicas

El sufrimiento psíquico y mental registra síntomas de irritabilidad fenómenos psicosomáticos y problemas vinculares.

Las ideologías defensivas tienen una doble función, favorecen la adaptación pero también son encubridoras y dificultan los cambios. En este caso reproducen el modelo psicopatológico dominante que identifica el sufrimiento psíquico con la locura, y de este modo el padecimiento se asocia con una fuerte carga de estigma. Se vulnera de este modo el supuesto del derecho a la salud que es también la tolerancia a la posibilidad de enfermar sin que esto justifique perder el trabajo.

Espacios de reflexión, participación y control de los trabajadores en la gestión de la empresa así como denunciar las irregularidades, se constituyeron en las propuestas más importantes para generar cambios.

La defensa del derecho a la salud en el trabajo forma parte de los derechos humanos y sociales y comprende a su vez, el acceso al cuidado en la enfermedad, a una atención adecuada y a condiciones para la recuperación sin riesgo de despido ni discriminación.

Bibliografía

Antunes, R. (2003): "Trabajo y superfluidad" en *Herramienta. Revista de debate y crítica marxista*. Bs. As. Ed. Herramienta.

Beck U. (1998): "La lógica del reparto de la riqueza y del reparto de los riesgos" en *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Ed. Paidós, Barcelona.

Breilh, J. (2003): *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.

Breilh, J. (1995): "¿Vigilancia clásica o Monitoreo Estratégico en salud?" en *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. CEAS, N°7, Ecuador

- Castel, R. (2002): "Centralidad del trabajo y cohesión social" en *Produciendo realidad. Las empresas comunitarias*. Editorial Topía. Buenos Aires.
- Deleuze, G. (2004): "Spinoza y nosotros" Cap. 6 en *Spinoza: filosofía practica*. Fábula Tusquets. Editores.
- Dessors, D., Ghio-Bailly M.P (comp) (1998): *Organización del Trabajo y Salud. De la Psicopatología a la psicodinámica del Trabajo*. PIETTE (CONICET) Arg. Ed. Lumen.
- Foucault, M. (1992): "Poder –cuerpo". Cap. 6 en *Microfísica del poder*. Las Ediciones de La Piqueta. Madrid.
- Guío-Bailly M.P (1998): "El cuerpo drogado". En Dessors, D., Ghio-Bailly M.P (comp.) *Organización del Trabajo y Salud. De la Psicopatología a la psicodinámica del Trabajo*. PIETTE (CONICET) Arg. Ed. Lumen.
- Laurell AC, Noriega M, López O, Ríos V. (1990): "La experiencia obrera como fuente de conocimiento. Confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual" en *Cuadernos Médico Sociales* N°51. Rosario.
- Martínez, M; Guerra, P. (1997): "Síndrome de burnout: el riesgo de ser un profesional de ayuda". *Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social*. Año 6 N° 23.
- Moyano, G; Escudero J.C. (2005): *La salud en Argentina. ¿en manos de quien?*. Informe sobre la situación de salud en Argentina.
- Seligmann Silva E. (1986): "Crise económica, trabalho e saúde mental" en Angerami-Camon, Seligman Silva, De Figueredo Steiner; Da Silva. *Crise, trabalho e saude mental no brasil*. Traço Editora. Brasil.
- Souza Minayo, M.C.; Cruz Neto E.L. "Triangulación de Métodos en evaluación de Programas y Servicios de Salud". Mimeo.
- Zaldúa, G. et. al. (2003): "Praxis psicosocial comunitaria en salud". Proyecto de investigación bienal UBACyT 2004-2007. Facultad de Psicología. UBA

3.4 El trabajo bancario en contextos críticos: un estudio de caso*

Graciela Zaldúa, M. Marcela Bottinelli, María Pía Pawlowicz, Mariela Nabergoi

Introducción

En las últimas décadas el trabajo se ha visto modificado por profundos cambios: innovaciones tecnológicas, transformaciones organizacionales, flexibilización y nuevos patrones de productividad y de gestión de la fuerza de trabajo. Los procesos de disminución de trabajadores ocupados y la heterogeneización del mercado laboral, se manifiestan en diversas modalidades de trabajo: parcial, precario, tercerizado, subcontratado, vinculado a la economía informal, al sector de servicios, etc. En nuestro escenario laboral aparecen hoy figuras nuevas y se resignifican otras ya conocidas como: desocupación, subocupación activa, des-ocupación, pluriempleo, sobreocupación activa, “metiers renversés” y el fenómeno de los “desocupados con diploma”, etc.

El contexto de trabajo bancario está caracterizado por cambios en relación a la titularidad, mostrando un ascenso de la privatización de los bancos públicos y su participación decreciente. En 1970, las entidades públicas concentraban los dos tercios de los activos bancarios totales, y antes de la caída de la convertibilidad, en el 2001, conservan a menos de un tercio. Por otra parte, las lógicas impuestas por los avances tecnológicos y las formas de contratación flexible tienden a transformar el trabajo tradicional bancario, expropiando el *savoir faire* y las marcas identitarias de los trabajadores del sector. El aumento del empleo del sector en los noventa, por la expansión de las entidades financieras, se realiza en base a la precarización de los contratos y la flexibilización de los puestos en términos de polivalencia y multifuncionalidad. La relación entre “lo que soy” y “lo que hago” se transforma en términos de mayor sufrimiento para el trabajador, que pierde el reconocimiento social y subjetivo. La calidad y cantidad del trabajo se modifica, afectando y cuestionando su “saber hacer”.

La crisis financiera del 2001, por el colapso de la convertibilidad monetaria, el endeudamiento externo e interno y la fuga de capitales, alcanzó en los escenarios de la banca pública y la privada tensiones extremas, en particular por la no devolución de los depósitos. El llamado “corralito” afectó a miles de ahorristas que acudieron a reclamar indignados, y fueron los trabajadores bancarios, en particular los cajeros, que afrontaron la promesa no cumplida de resguardar sus activos. La “pesilicuaición” o pesificación impuesta de los depósitos en moneda extranjera por el Decreto 214/02, fue vivenciada como confiscación, produciendo situaciones de violencia sobre los cajeros que no entregaban los depósitos y las casas matrices de los bancos fueron sitiadas por los ahorristas con sus permanente cacerolazos. Los trabajadores bancarios, no siendo responsables de la situación, debieron afrontar las demandas y las situaciones desbordantes por su dramatismo, con alto impacto traumático. En este contexto complejo, las jornadas de trabajo fueron extenuantes, sin límites de horarios y sin reconocimiento monetario. Los episodios de crisis psicológicas y afecciones psicosomáticas aumentaron su incidencia y en algunos bancos se contrataron servicios de apoyo y contención psicológica y psiquiátrica. La medicalización del proceso se naturalizó, con la oferta de psicofármacos desde estos servicios coyunturales.

* Este trabajo fue presentado y publicado en las Memorias de las XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. 4, 5, y 6 de Agosto de 2005. Buenos Aires. Argentina. Pag. 156-158. Tomo II. 2005.

El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) de los trabajadores bancarios

La propuesta, desde la psicodinamia del trabajo, como un espacio de encuentro entre trabajador@s de los bancos públicos y privados e investigadores partió del supuesto de la presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout).

Con respecto al Síndrome de Burnout existe consenso en considerar que aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico y que consiste en una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización (Gil Monyr y Peiró, 1997). Ambos autores, sostienen que el proceso de desarrollo del 'Síndrome de quemarse por el trabajo se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional. En relación a los trabajadores bancarios se evidencian como fuentes de desgaste laboral: el clima organizacional, la inestabilidad, los conflictos con los clientes, la sobrecarga y la responsabilidad ante los fallos.

Aspectos metodológicos

Desde la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria y la Epidemiología Crítica desarrollamos investigaciones participativas con diferentes colectivos de trabajo. Nuestra posición epistemológico-metodológica, considera a la complejidad del trabajo y las afectaciones en el modo de vida y subjetividades, tanto en sus aspectos destructivos como en los aspectos protectores. Por otra parte, el acto epidemiológico no se agota en la identificación de variables, en la observación de fenómenos empíricos o en la enumeración de factores de riesgo.

Desde la Epidemiología Crítica nos proponemos: 1) develar los mecanismos alienantes y desubjetivantes que inciden en el bienestar individual y colectivo, 2) propiciar la autonomía, la creatividad y el empoderamiento de los trabajadores. Adquiere centralidad la participación activa de los trabajadores a fin de co-construir un saber acerca del impacto del desgaste laboral y co-construir propuestas propiciadoras del bienestar y de la salud. Los niveles instrumentales están articulados con dispositivos de producción grupal a través de una modalidad de gestión asociada con trabajadores del sector.

El objetivo general del estudio es identificar la presencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y las modalidades de afrontamiento en trabajadores bancarios de la Ciudad de Buenos Aires. La metodología utilizada triangula un cuestionario sociodemográfico y laboral, el inventario de Burnout (MBI) de Maslach, C. y Jackson, S.E. (Madrid, 1997), entrevistas en profundidad, grupos focales, observaciones y dispositivos de reflexión sobre la tarea. El Inventario se ha tomado con una ampliación que indaga causas de malestar laboral y propuestas de solución y se ha aplicado a con diferentes sectores/trabajadores.

La recolección de datos fue realizada entre los meses de mayo y octubre de 2004.

La muestra está conformada por N=100 trabajadores bancarios de la Ciudad de Buenos Aires con más de cinco años de antigüedad de cuatro bancos, entre 25 y 65 años. El 54% de ellos son varones y el 46% mujeres. Los empleados de la Banca pública constituyen el 70%. La muestra presenta características consideradas como factores protectores frente al estrés laboral tales como el presentar empleos estables – no

contratados- (99%) y estar en pareja (75%). Tres cuartas partes de ellos conviven con algunos o todos sus hijos.

Los datos fueron procesados manual e informáticamente con asistencia de los software SPSS y Atlas Ti.

Resultados

A.Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)

La media general de la muestra de trabajadores bancarios estudiados resultó ser superior a la media española de población general en la categoría de Cansancio Emocional e inferior en el caso de la Realización Personal (Maslach & Jackson, 1997). El análisis estadístico muestra una diferencia altamente significativa en el Test de Student para la categoría Cansancio Emocional, no así para las otras categorías. No obstante, la división percentilar se desvía presentando parámetros más altos de estrés en nuestra población en dos de las tres categorías del Síndrome de Burnout.

El 60% de los trabajadores bancarios se encuentra sobre la media de afectación de estrés en las categorías de cansancio emocional y realización personal, y casi la mitad de la población estudiada (48%) se encuentra afectada por niveles altos de estrés en dichas categorías. Respecto de la Despersonalización, la población se comporta de manera similar que en la población española.

- Toda la población presenta un corrimiento de la media hacia arriba, lo que significa un nivel común de estrés alto en esta población.

- A pesar de que las condiciones de crisis aguda para esta población se suponen algo lejanas, diciembre de 2001, encontramos un nivel de afectación alto en la población bancaria: el 48% respecto del cansancio emocional y la realización personal y el 32% respecto de la despersonalización.

- Esto explicaría además que el factor con la significación más alta sea el Cansancio emocional dado que las situaciones estresoras se mantienen en el tiempo aunque la crisis aguda haya cesado.

B.Causas de malestar y propuestas de solución

Las situaciones productoras de mayor estrés para los trabajadores están vinculadas al trato con clientes: maltrato por parte de éstos y la presión por los tiempos de espera. El fenómeno del “corralito” y la retención que los bancos hicieron de los ahorros de los clientes generaron además de reiteradas marchas y protestas de agrupaciones de ahorristas, el reclamo y la agresión de los clientes en general.

El impacto en los trabajadores bancarios del “corralito” fue de tipo traumático. Describen por parte de los clientes: actitudes de maltrato, quejas, insatisfacción, prepotencia, etc. Esta situación de “fractura” entre el cliente y el banco, posiciona al trabajador –en particular a los cajeros- en un escenario no deseado, como mediador entre las demandas del cliente y la no solvencia del empleador. La conflictiva subjetiva y ética se instala y pone en tensión la economía yoica. La responsabilidad frente al puesto de trabajo y su preservación y la culpa por el saber y hacer impuesto como confiscación, demandan de ideologías defensivas. La desobjetivación robotizada opera como coraza y/o pantalla ante los montos internos y externos de tensión difícil de metabolizar psíquicamente. La implementación de mecanismos de disociación son frecuentes y son asociados a una máscara, que separa e invisibiliza al otro como semejante, ante las circunstancias más adversas del rol laboral. Las situaciones percibidas como de riesgo profesional son los fallos y la obligación de compensarlos.

También la relación con las jefaturas y la relación con la organización que tienden a promover la rivalidad y competitividad entre los empleados.

Relaciones de género y trabajo

Se han encontrado diferencias significativas en el análisis al interior de la muestra de este estudio cuando se comparan por sexo los resultados para cada una de las dimensiones del Inventario y en relación con las causas de malestar laboral y propuestas de solución.

El análisis comparativo por sexo indica que las mujeres sufren más estrés laboral relativo que los hombres en todas las categorías. Son más los varones que afirman que les es posible responder satisfactoriamente a la demanda de los clientes con los recursos que tienen (64% vs. 26% de las mujeres). Como en otros estudios se ha descrito, el acceso a los cargos jerárquicos es mayor entre los varones que entre las mujeres mostrando una inequidad presente también en otros sectores empresariales. El 30% de los encuestados tiene un puesto de trabajo jerárquico, de los cuales la mayoría (70% son varones) En cambio, entre los puestos de trabajo no jerárquicos sólo el 42% están ocupados por varones.

Entre las propuestas de resolución de los problemas laborales las diferencias por sexo se observan en que las mujeres plantean aumento del personal (56% vs. 34% en los varones) y “denuncia de las irregularidades” (30% vs. 20% en los varones).

Claramente, el aumento de horas de trabajo y la polivalencia acrecientan las cargas estresantes, con dificultad de tramitarlas con las estrategias defensivas disponibles.

La mayoría señala como motivo de sobrecarga laboral y el cúmulo de tareas (40%), ligados a la falta de organización, al poco personal, a la falta de tiempo para concluir el trabajo del día, utilizando muchas veces las palabras “exceso o excesivo” (tareas, trabajo, etc.). Otros motivos incluyen la capacitación, motivos gremiales o solidarios, por gusto, por costumbre.

Conclusiones y discusión

En el contexto de la crisis, la ansiedad habitual del trabajo bancario se acrecienta por las exigencias de los clientes, la impotencia frente a la emergencia dramáticas por las promesas incumplidas con los ahorristas y los dilemas éticos que se confrontan por seguir en el trabajo. Los colectivos de trabajadores bancarios afectados tienden a fragilizarse y a evidenciar síntomas de desgaste laboral: insomnio, irritabilidad, enfermedades psicosomáticas, sufrimiento mental. Las cargas físicas y psíquicas se acrecientan por el aumento de horas y la polivalencia que exige recursos para innovar constantemente frente a la diversidad de tareas. En este clima laboral social de inestabilidad, las estrategias defensivas disponibles presentan dificultades para ser tramitadas. El hacer y el reconocimiento de los otros, como retribución simbólica, son puestos en cuestión y afectan la confianza y la realización. El desgaste laboral y el quemarse por el trabajo se instala.

En relación con los datos aportados por el Inventario de Burnout: en Cansancio Emocional como en Realización Personal más del 50% de la población se encuentra dentro de lo que se considera parámetros de afectación alta. La afectación en la realización personal entra en directa relación con los cambios en el perfil requerido de los puestos de trabajo por las políticas neoliberales de contratación, dado que son trabajadores que presentan un promedio de 16 años en el banco y 18 en la actividad bancaria en general. Aun cuando la gran mayoría de los trabajadores estudiados poseen actualmente puestos fijos de trabajo, las expectativas al inicio de la carrera bancaria, como inserción laboral socialmente valorada y con perspectivas de ascenso, beneficios,

cobertura social, prestigio, etc. se ven fuertemente trastocados respecto de los nuevos perfiles de recursos humanos que presentan las instituciones bancarias.

Bibliografía

Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Cornaglia, R. (1997) *El control de constitucionalidad de la Ley de Riesgos del Trabajo*. Editor Joaquín Fernández. Madrid, Buenos Aires.

Dessors D, Guiho Baillo, M.P. (1988) *Organización del Trabajo y Salud. De la Psicopatología la Psicodinámica del trabajo*. Lumen Humanitas, Buenos Aires.

Gil Monte P y Peiró, J.M. (1997) *Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de Quemarse*. Editorial Síntesis, S. A..

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1997): *Inventario de Burnout de Maslach: Síndrome del Quemado por Estrés laboral Asistencial*. Ed. Paidós. Madrid.

Zalúa, G.; Lodieu M. T. Tisera, A. ; Pawlowicz, M.P. (2000) “Las problemáticas de los trabajadores de la salud” en *VII Anuario de Investigaciones*, Bueno Aires, Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA.

Zalúa, G.; Bottinelli, M.M; Gaillard, P.; Lodieu M. T.; Pawlowicz, M.P.; Pérez Chávez, K.; Tisera, A. y Nabergoi, M: (2002) “Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación” en *Anuario de Investigaciones X*, Facultad de Psicología UBA.

3.5 Salud en el problema de la prostitución femenina *

Katty Pérez Chávez, Cynthia Bruno, Rosana Peirano, Gabriela Estelle, Alina Piatelli, Vanina Delbene

Introducción

Presentamos resultados de la investigación acción realizada durante el año 2000 sobre evaluación de problemáticas de salud y posibilidades de implementar estrategias de reducción de riesgos en mujeres que ejercen la prostitución. La investigación es parte de líneas de investigación-acción desarrolladas en el marco de la cátedra Psicología Preventiva de la Facultad de Psicología de la UBA, con grupos poblacionales vulnerabilizados, direccionadas desde el campo de los derechos humanos, sexuales y reproductivos a promover cambios grupales y subjetivos proactivos en salud.

El énfasis está puesto en investigar la evaluación como instrumento eficaz para promover agenciamientos colectivos en salud. Consideramos tres sentidos para su definición:

- 1) La evaluación participativa en que el punto de vista de las poblaciones involucradas concierne a la opinión, información y toma de decisiones (Robirosa, M. 1995).
- 2) La evaluación diagnóstica como guía para la implementación de estrategias (Testa, 1989, OPS, 1994)
- 3) La evaluación interactiva de resultados, alcances y límites del proyecto (Salamanca, 1994)

Antecedentes

En el problema de la prostitución femenina, la relación con la pobreza y el desempleo puede rastrearse históricamente. Hacia fines del siglo XIX, señala Guy (1994) se combinan la importante inmigración de mujeres, provenientes de Europa que al llegar encontraban precarias condiciones de vivienda y falta de trabajo y, el tráfico de mujeres o "red de esclavas blancas", que junto con la prostitución de las llamadas "chinas" o locales (Cuadro 3 Anexo 2), propiciaba el desarrollo de un negocio altamente rentable. De ahí que desde 1875 en adelante se sucedieran ordenanzas que promovían el control sanitario -para proteger a las familias de las enfermedades venéreas- y legislaciones que tendieron a legalizar dicha actividad, como trabajo.

Los cambios que se producen en la relación sujeto-trabajo impactan en los modos de vida tanto de los que trabajan como de aquellos que pierden su empleo o no han podido acceder al mercado laboral, así, por fuera de las actividades laborales asalariadas tradicionales se desarrollan y o extienden otros tipos de trabajo que denominaremos marginales, los cuales se realizan bajo condiciones muchas veces de alto riesgo contrastando con su razón de ser, la supervivencia. Según Salles (1999) al retomar la distinción entre trabajo como *deber* y como *necesidad* que hiciera Offe, el trabajo que se realiza desde la necesidad se inscribe como actividad ineludible, imperativo cuyo

* El presente trabajo fue presentado y publicado en el 28° Congreso Interamericano de Psicología. 29 de julio – 3 de agosto 2001, Santiago de Chile. SIP. Presenta los resultados del proyecto UBACyT.PJ 07 "Prostitución femenina: evaluación de problemáticas de salud para la implementación de estrategias de reducción de riesgos" llevado a cabo por docentes y alumnos de la cátedra de Psicología Preventiva y dirigido por Katty Pérez Chávez.

ejercicio produce y reproduce las condiciones necesarias para la sobre vivencia. Pero al mismo tiempo que constituyen una noción límite en cuanto a la existencia, las necesidades son también una construcción histórica, social y cultural, y reducir el concepto de necesidad a un nivel exclusivamente económico constituye una forma de alienación en que los medios, se convierten en fines.

Para Cristina Laurell (1989), el trabajo mismo tiene que ser entendido como proceso corporal pero también como expresión concreta de la relación de explotación a través de su organización y división.

El proceso de salud, enfermedad, atención, como expresión de las condiciones de vida y de trabajo de una sociedad, manifiesta las desigualdades y discriminaciones en el seno de la misma. Así lo testimonia la incidencia diferencial del VIH/Sida que, según los datos aportados por el Programa de Lucha Nacional contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, está aumentando en mujeres: la razón hombre-mujer pasó de 20 a 1 en 1988, a 3 a 1 en el 2000. Además, la vía sexual sería la forma de contagio más frecuente (50%).

Surgen preguntas acerca de la adecuación entre demandas, necesidades, estrategias y recursos preventivos en salud que contemplen las condiciones materiales de accesibilidad, imaginarios socioculturales y de género que operan en los actos preventivos de cuidados del cuerpo, la salud, por ejemplo en la utilización y negociación en el uso del preservativo

La extensión de sectores poblacionales que quedan por fuera de la cobertura en salud en las ciudades de Europa, ha generado nuevas estrategias de atención. Así surgen en Holandas las políticas de reducción de riesgos y/o daños que estuvieron inicialmente enfocadas a consumidores de drogas. (Baulenas, Borrás, Magrí: 1998)

Desde una perspectiva epidemiológica crítica, el problema de la prostitución femenina, es relevante por ser una de las prácticas que se realizan en los márgenes de la sociedad y quedan frecuentemente excluidas de los servicios de atención sanitaria y de protección social.

Marco teórico

La perspectiva asumida en este trabajo considera que los riesgos de padecer enfermedades, en lo individual y colectivo se inscriben en el proceso de salud, enfermedad, atención. Se encuentran determinados histórica y socialmente y son estructurados y estructurantes de sentido (Herzlich, Pierret: 1988).

De ese modo el lugar de exclusión y negación que las representaciones sociales confieren a la prostitución tendrá efectos en el registro de los padecimientos. En la construcción de los riesgos operan hábitos (Bourdieu: 1990) disposiciones del cuerpo regidos por principios prácticos de clasificación lógicos y axiológicos, reproductores activos de condicionamientos sociales –y, podríamos agregar, de género. Conviene entonces distinguir la reproducción activa, social y simbólica del riesgo de la noción reificante de “poblaciones de riesgo”.

Desde una perspectiva de género y feminista en la investigación, la cual se aplica a una variedad de fenómenos sociales (Alveson: 2000,pp.209) la promoción de salud se relaciona particularmente con los derechos reproductivos y sexuales.

La constitución de la sexualidad femenina supone un proceso complejo que ocurre a lo largo de la vida. Aunque desprendida del determinismo biologicista se halla moldeada por las normas sociales que establecen patrones rígidos de diferenciación (Dio-Bleichmar, 1992). Así, el lugar instituido para la mujer como objeto y cuerpo –de deseo- dificulta el posicionamiento subjetivo desde donde acceder a la sexualidad en tanto atributo, deseo y/o derecho y dar lugar a la elaboración de la conflictiva implicada.

En este sentido, una mayor exposición al riesgo junto al silenciar el padecimiento biopsíquico se observa en mujeres prostitutas, quienes, según Welldom (1993) suelen activar mecanismos de disociación y *falso self*.

El concepto de resiliencia fue construido al comienzo para explicar las diferentes trayectorias entre individuos expuestos a situaciones adversas aparentemente similares. Pero en la búsqueda de los mecanismos y procesos que sostienen esas diferencias se ha ido encontrando una vez más que los soportes relacionales, materiales y simbólicos operan posibilitando o no esa capacidad humana para hacer frente a las adversidades que es la resiliencia. De ahí que este concepto se incluyera hoy en el enfoque comunitario como nuevo instrumento en la obtención de equidad social. (Suarez: 1996).

Según Czeresnia (1999), los conceptos de vulnerabilidad y empowerment abren a los múltiples sentidos que emergen de considerar las diferencias, la subjetividad y la singularidad en la salud individual y colectiva..

El concepto de empowerment (AA.VV:1994) proviene de la articulación entre el feminismo y la educación popular desarrollado en América latina desde los años setenta, y está referido a que la posibilidad de controlar los recursos materiales, intelectuales e ideológicos confieren poder para tomar decisiones.

La participación de las poblaciones y grupos en la evaluación de sus condiciones de vida y de salud junto a la construcción de indicadores más sensibles puede ser una vía importante para apreciar más ajustadamente los cambios que se operan en la situación de salud (Castellanos:1991), constituyéndose en una vía para integrar acciones de disminución de riesgos y promoción de salud colectiva.

La eficacia de las políticas preventivas de reducción de riesgos en UDI's para disminuir los daños y riesgos asociados al consumo, como el VIH, ETS, Hepatitis C, se logra mediante la distribución pautada de materiales descartables y seguimiento sanitario. En este proyecto nos proponemos evaluar la aplicación exploratoria de esta estrategia, teniendo en cuenta los riesgos específicos y sus determinantes construidos desde las categorías de representaciones sociales, el desgaste laboral y la reproducción social y de género, así como también las posibilidades de incrementar los niveles de salud, identificando mecanismos que operan a nivel de la enfermedad, su diagnóstico y prevención específica, como los que apuntan a promover salud (Costandriopoulos:2000).

Metodología

Objetivos generales

Relevar problemas y situación de salud relacionados con el ejercicio de la prostitución femenina

Evaluar la implementación de estrategias de reducción de riesgos en la promoción de salud.

En este un estudio cualitativo, de investigación- acción. Lo cualitativo “[...]... deriva de la consideración holística, dinámica, interpretativa y contextual del fenómeno estudiado, orientada hacia el estudio de los procesos involucrados, sin la pretensión de excluir la perspectiva subjetiva”(1995:Montero) Se han utilizado, por triangulación, metodologías etnográficas y discursivas para la recolección de datos y análisis, combinadas con una

modalidad cuasi-experimental o de experimento situado en contextos concretos, ex ante-post, y análisis cuantitativos básicos y cualitativos.

La hipótesis en que nos apoyamos es que en la prostitución femenina, desde las condiciones de desgaste laboral, las representaciones sociales y la reproducción social predomina una negación de los malestares y padecimientos que redundan en el cuidado biopsíquico insuficiente.

La muestra⁶ intencional de veintiséis casos se compuso por mujeres mayores de edad que desempeñan el oficio de prostitución en calles y departamentos de Capital Federal, de niveles socio-económicos medio y bajo.

Técnicas:

* Observación y registro etnográfico

*Entrevistas a informantes clave

*Entrevista semiestructurada

*Técnica proyectiva HTP para cotejar áreas de conflictos.

*Escala Langner sobre stress. Inventario de 22 items

*Material para la reducción de riesgos

*Análisis de discurso: La producción discursiva fue una vía de acceso a construcciones del mundo social y subjetivo. Tomamos en cuenta sus niveles cognitivos (Derek, Potter: 1994, de contenido, semióticos o de las significaciones (Bardim: 1986,pp131) y simbólicos (Zizek:1998).

*Genograma

*Grilla de evaluación ex post, según:

- 1) El equipo de materiales incluido el folleto explicativo, la utilización de los materiales, opinión general acerca de los mismos, la cantidad, y la utilización futura.
- 2) Modificaciones o refuerzos en los conceptos de cuidado o riesgo con respecto al momento ex ante de la investigación
- 3) Efectos registrados por el proceso de investigación acción.

Análisis

Resultados alcanzados

Evaluación ex ante

1) Generalidades

Antiguamente las zonas en que se concentraba la prostitución femenina era los alrededores del puerto de la Ciudad de Buenos Aires (La Boca), Tribunales, Montserrat, Constitución, Parque Patricios y las zonas aledañas a los mataderos de ganado (hoy Mataderos); en el interior del país las casas de tolerancia se ubicaban en Comodoro Rivadavia, Posadas y Rosario.

Los locales que ofrecían mujeres eran llamados casas de tolerancia, lupanares, prostíbulos, quecos, pesebres o tambos; todos se caracterizaban por estar regentados por un hombre, el fiolo, rufián o cafisho o una mujer, la madama, que se ocupaban de los ingresos y de preservar el orden del lugar. A las mujeres que vivían en los prostíbulos, se las denominaba pupilas ya que no podían salir fuera de los días establecidos.

⁶ No intenta ser “representativa” sino reflejar los sectores particularizados.

En la actualidad dichas prácticas se desarrollan en departamentos privados, en locales (cabarets), en la calle. Hay departamentos privados en Centro de la Capital Federal, Belgrano, Barrio Norte, Tribunales. La prostitución callejera se abarca Flores, Constitución, Once, el cementerio de Recoleta y Centro.

Los departamentos privados son regenteados por el/la dueñ@ quien se queda con un porcentaje importante de lo recaudado. Estas mujeres tienen la obligación de vestir lo que denominan el uniforme: corpiño, bombacha y portaliñas del mismo color y medias bucaneras. Hay pupilas, y esclavas del teléfono celular. La calle es vista como un ámbito de menor explotación *“Comencé en el oficio en la calle porque en el sauna no pagan nada, ganan más los dueños”*, sin embargo en las zonas no parecen faltar los protectores dueño de algún local de la zona o una mujer mayor que la cuida o vigila, a veces sus madres, según lo que observamos.

Iniciadas en el “oficio” en los últimos 10 años en su mayoría (Gráfico c-Trabajo), los motivos esgrimidos fueron: la pérdida irreversible de un trabajo anterior, la búsqueda de mayor remuneración y no haber conocido otra opción (Gráfico d-Trabajo). El censo hecho en Buenos Aires en 1910 señala el dinero como motivo principal (Cuadro 4 Anexo 1). Cuando el motivo era la separación, aparecía también la violencia conjugal.

Mientras que en 1910, la imposibilidad de ingresar al trabajo fabril abarcaba a más del 70% de las mujeres que, o carecía de empleo regular o se dedicaba a la costura. (Cuadro 5 Anexo1).

Entre las ocupaciones anteriores de este estudio predominan los empleos de baja o ninguna calificación, variedades del trabajo doméstico (Gráfico e-trabajo), M. dice: *“Mi ocupación anterior era ama de casa y cama adentro. Cambié porque me pagaban poco dinero, más allá en Dominicana tenía a los chicos que mantener”* Se puede cotejar esta afirmación con los gráficos f y g de ingresos y horas de trabajo por semana.

El desarrollo de esta investigación se producía mientras en el ámbito de la Ciudad Autónoma se trataba el Código de convivencia que involucraba el problema de la prostitución callejera. También la presencia de una organización gremial de meretrices en formación y en menor medida organizaciones religiosas incidieron en la viabilidad del proyecto.

2) Salud

La frecuencia enunciada de chequeos ginecológicos (Gráfico a-salud), de salud general (Gráficos b, c -salud) y la utilización de profilácticos (gráficos e, f-salud) son indicadores positivos acerca del lugar que estas prácticas de cuidado tienen en este grupo. A. Decía *“el riesgo es cuando se rompe el preservativo, o alguno pide sin profiláctico pero nosotras exigimos el uso, que el otro tenga la enfermedad...”*. Pero también es importante la proporción de mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos (Gráfico g-salud) y la que no utiliza profilácticos con sus parejas, y en menor medida para no todos los servicios que lo requieren, por motivos de alergias e insensibilidad, Un indicador de alta exposición al riesgo es el hecho de trabajar durante el ciclo menstrual (Gráfico d-Salud) pues la sangre es principal vectora de virus, bacterias y demás agentes infecciosos.

La percepción de stress según el inventario Langner los padecimientos se concentran en los ítems de orden anímico tales como el 2: *‘tener períodos en que ya no podía continuar’* Aunque la distribución es más dispersa en los síntomas somáticos es curiosa la respuesta en el ítem 18 que pregunta si *tiene preocupaciones que la hagan decaer físicamente*

De los relatos obtenidos en entrevistas abiertas o espontáneas surgen historias de amputaciones y enfermedades ocasionadas por lesiones internas. El 'estar vaciada' o 'tener ahí todo delicado' son frases utilizadas para describir esos altos niveles de afección ginecológica. Al decir de C *"la última vez que fui a la ginecóloga fue hace una semana por un quiste. Estoy yendo una vez por semana a un particular. Me hice una ecografía porque tuve una hemorragia, además la semana que viene me voy a hacer un HIV por AMMAR"*. El cuerpo disociado, es instrumento y objeto de intervenciones médicas y sujeto al riesgo irreductible que expresa A cuando dice *"consulto al ginecólogo, en el Muñíz o por las chicas de AMMAR para saber cómo está mi cuerpo porque se rompen los profilácticos"*. N. dice: *"consulto 0800 mujer, te dan turno en hospitales públicos, yo pido uno diferente cada vez porque me da vergüenza que se den cuenta de qué trabajo...una mujer normal no consulta cada tres meses..."*

El mecanismo de disociación se observa también en el H.T.P por ejemplo a través de las asimetrías entre ambos lados que presentaban los dibujos de la persona y el árbol.

3) Reproducción social

En la sociedad, la prostitución se asienta en locus de control mediante los cuales recibe la

condena social sin dejar de exhibirse y justificarse su existencia desde argumentos como el que sería, *"la profesión más vieja del mundo"*.

Entre las mujeres de la muestra como se puede observar aparece muy marcada la expulsión del mercado laboral femenino junto con la desterritorialización migratoria y/o familiar.

Proviene en su mayoría de zonas del interior del país y provincia de Buenos Aires y de otros países, entre ellos, Paraguay, Uruguay y República Dominicana (Gráficos b y c- Condiciones de vida). Más de la mitad de la muestra no alcanza el nivel secundario de estudios (Gráficos d- condiciones de vida), y tienen un papel decisivo en el sostenimiento del hogar, aunque en general no conviven con las familias a las que sostienen, y en muchos casos ese lazo se interrumpió tempranamente (entre 10 y 17 años aproximadamente). Los genogramas mostraron nítidamente este rasgo de las historias vitales y constelaciones familiares ampliadas y de varios hijos (entre uno y cinco, quienes viven con otras personas y son por lo general de diferente padre) y hermanos que quedan sin otro sostén. Así lo describe M: *"Les mando a mi familia, mi mamá y mis dos hijos que están allá. Acá gasto un montón en la habitación. \$10 pesos diarios por el bebé, leche, comida, pañales"* y T: *"a mis padres, hermanos y a mi ahijado. Envío a mi niño que vive con los padrinos"*

Pero las características del trabajo también se inscriben en dinámicas vinculares de abandono y vergüenza *"En relación a mi familia está todo podrido, todos separados, uno por cada lado... Los que saben de mi oficio son mi hermana y una prima, con ellas tengo más confianza. Con mi papá, no le diría ni loca, se sentiría mal, y mi mamá?, hablamos tan poco que ni ella me pregunta ni yo le digo"* C. decía: *"no conocen mi oficio salvo las compañeras de trabajo. Creo que es algo interno, que tiene que saberlo uno. Si conocen del oficio te miran con otra cara, ya no te tratan como siempre"*. O en tono desafiante dice V: *"...mis hermanos no saben, mi marido sí. Se lo dije, él está desocupado"* y T: *"...conocen mi oficio, lo quise así, para que me acepten como soy, no me gustan las mentiras"*. Aquí se evidencia el desplazamiento del hacer al ser a la manera de habitus. De ahí que en los discursos se pueda apreciar el énfasis puesto en destacar el conflicto ético-moral enunciado por VV. como: *"...lo que más valoro es mi*

sinceridad, lo que menos es mi compulsividad ... ” a la vez que a pesar de obtener ingresos superiores a los otros trabajos que realizaban o realizarían, el tipo de consumo es simple (gráfico h-trabajo).

Tiempo y espacio aparecen percibidos de manera estática G. Dice: *“no trabajo los domingos pero hoy vine porque estaba aburrída”,* o *“siempre estoy acá”* mientras que en la calle ellas caminan y ´migran´ de un lugar a otro, entre otras cosas para escapar de la policía.

Un trayecto que puede trazarse es que, iniciándose en ´departamentos´ continúan luego en la ´calle´. Esta última es descripta como una posibilidad más independiente o de cuenta propia, pero también suele representar una posibilidad de seguir ´trabajando´ cuando los atractivos físicos declinan.

Entre aspectos generadores de cambio se pueden señalar la interlocución que algunas de ellas sostuvieron alrededor de la legalización , por ej. T. decía: *“En Uruguay hay hasta jubilación...para salud está AMEPU, te hacen el control, te dan la libreta que también te salva de la policía”*. MM dice: *“participo hace seis años en AMMAR desde que empezó el grupo fundador... nos perseguía mucho la policía y nos fuimos informando”*

Los escenarios alternativos estuvieron referidos a *“tener una casa –que también simboliza a familia- porque nunca tuve”* o *“que mis hijos tengan lo que yo no tuve”*. *“seguir una carrera y cambiar de trabajo”*

Quienes realizan un consumo ampliado, utilizan una parte de sus ingresos para el embellecimiento físico, diversión e información, y entre las más inclinadas a dejar ese trabajo, invierten en dos direcciones: regentear, o salir a través de estudiar una carrera.

Es importante para nuestra investigación el lugar que tiene la prostitución en estas mujeres. Percibida como un ´servicio´, mientras que para algunas, las más disconformes, es considerada una actividad degradante, para otras se asocia al sentirse bellas, identificarse con actrices o modelos. Pero en todos los casos se lo considera un trabajo incompatible con una vida ´normal´.

4) Subjetividad

En el H.T.P. resultaron recurrentes los indicios de aislamiento, obtenidos a partir del dibujo de la casa. Su ubicación alejada, con cerco o pequeña en relación con resto del paisaje, puertas y ventanas cerradas por medio de rayas, tachaduras, o la falta de las mismas. Árboles de copa compacta sin extensiones hacia el ambiente, al igual que en el dibujo de los brazos y manos de las personas o el pelo en forma de casquete, etc. Así lo describe VV: *“...con mis compañeras de trabajo por cordialidad las saludo, hablo poquito, trabajo sola, me manejo con el teléfono y camino”*. G. dice: *“...hay de todo, mucha envidia, pero también nos ayudamos”* Unidas desde la necesidad –ayuda-, se habla de la hostilidad. Este aspecto de la afectividad también se observa en las producciones gráficas.

En el estilo de los discursos mediante la utilización de deícticos en segunda persona, o expresiones como las de N.: *“El nombre me lo puso el dueño del departamento...”* *“no me arreglo mucho, tengo que usar uniforme, es por reglamento”* se elude la responsividad subjetiva pasándosela al otro. Ese otro que, cuando es el cliente se describe como peligroso *“los riesgos son muchos, las enfermedades, los peligros de que venga un hombre y me rompa la cara, hay mucho hombre drogado”*

Como afirma Benjamín, J.(1996) lo que caracteriza la dominación es la fractura del reconocimiento entre el sí mismo y el otro. Entre ellas y los clientes, diferentes pero

igualmente “extraños” a la normalidad. La fantasía aporta un velo encubridor al oficio como aquel “*que te hace tener la autoestima alta... todos te dicen que sos la mejor, la más linda*”(L), o en D.: “*lo compararía con el de las vedettes, las artistas, que hacen lo mismo*”.

En los dibujos este predominio de la fantasía apareció marcadamente en el emplazamiento hacia la parte superior de la hoja, también en el rayado de los techos, el tamaño de la copa del árbol y de la cabeza de la persona. También por la ausencia de la línea del piso que suele indicar dificultades en el criterio de realidad. Defensa o construcción de los géneros donde la fuente de poder de la madre reside en el sacrificio. Por lo que la protección del objeto materno tiene el precio de la obediencia y hace que el miedo a la separación y diferencia se convierte en sumisión

Evaluación ex post

A partir de lograr un detalle de los problemas específicos de salud sexual, ginecológica y reproductiva de acuerdo a lo manifestado por las entrevistadas así como asesoramientos en el tema con especialistas, con miembros de la asociación de meretrices, entre otros, elaboramos un kit de materiales a distribuir y un folleto en el que se consignaron las direcciones de instituciones públicas para consultas preventivas o asistencia psicosocial y donde estuvieran reflejadas las distintas prácticas, ‘voces’ y saberes consultados. De ahí que el mismo fue elaborado como propuesta dialógica y estética.

Luego de distribuir el material a 20 mujeres de la muestra, confeccionamos una grilla de evaluación. Esta fue respondida por la mitad de las mujeres que recibieron el material.

Utilizaron los materiales por ser conocidos y también para probar los que no conocían como las esponjas en lugar de tampones. Algunas no utilizaron materiales para no modificar los métodos ya conocidos o por resultarles innecesarios. En general también leyeron el folleto por curiosidad, necesidad de información y medio para cuidarse. Acerca de la cantidad del material suministrado consideraron suficiente los preservativos no así otros elementos como anticonceptivos, óvulos y esponjas que les resultaron útiles, necesarios y por lo tanto insuficientes a más largo plazo.

En cuanto al uso futuro, este estuvo signado por la utilización actual. Los materiales que utilizan habitualmente no presentaron problemas excepto que los que distribuimos les parecieron de mejor calidad.

En el ámbito de las prácticas de cuidado resultó un dato nuevo para ellas la necesidad de extender el uso del profiláctico a otros servicios.

La utilidad de la entrevista y el material les reportó un alivio en los gastos, acceso a nueva información y materiales nuevos, y cierta flexibilidad sobre el auto cuidado que se manifiesta en enunciados como: “*te hace reflexionar sobre las cosas que nos pasa o puede llagar a pasar*”. “*me enseñó a cuidarme y además a reflexionar sobre diversos temas sobre mi trabajo*”. Desde la alteridad también surge la posibilidad de alguna diferencia en el espacio social “*es bueno encontrarse con gente que pueda demostrar que no somos todas lo mismo, que no somos basura*”. O también críticamente “*me sirvió para cuidarme pero en realidad tendrían que haber agarrado a chicas más jóvenes que hacen cualquier cosa*”.

Discusión

Existen diferentes enfoques ante el problema de la prostitución entre los grupos feministas, los organismos internacionales como las Naciones Unidas y las prácticas al interior de los países, desde lo cual es posible identificar tres núcleos ideológicos.

- La erradicación de la prostitución a través de medidas punitivas, de penalización
- La condena, como explotación violenta de seres con desventaja social, racial, etc.
- La legalización que le otorgaría estatuto de trabajo sexual

En particular los dos últimos favorecen la viabilidad de estrategias comunitarias transformadoras, a las que puede aportar este estudio desde el campo de la subjetividad y la salud mental.

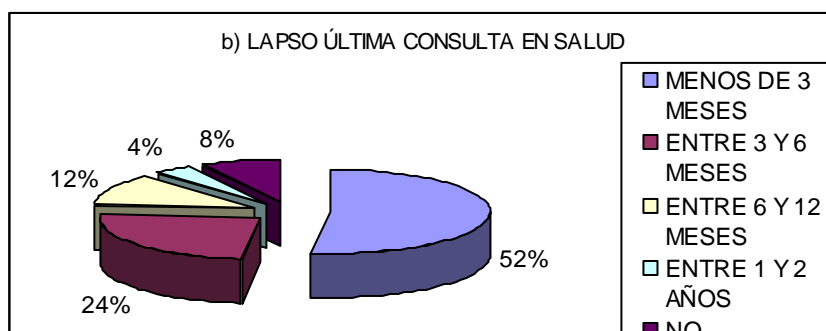
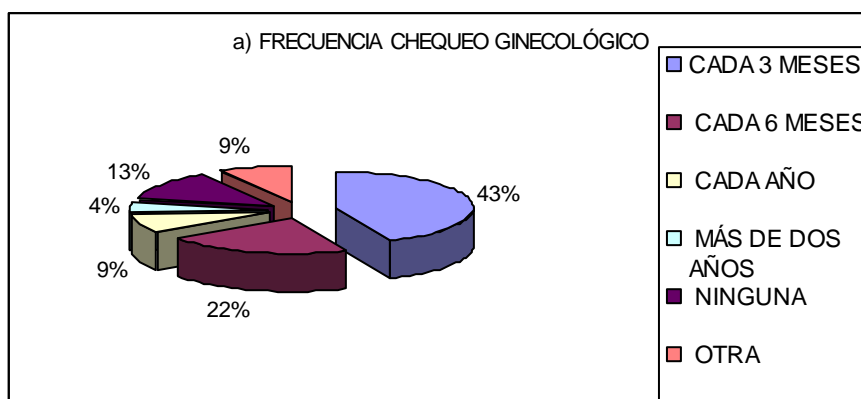
Conclusiones

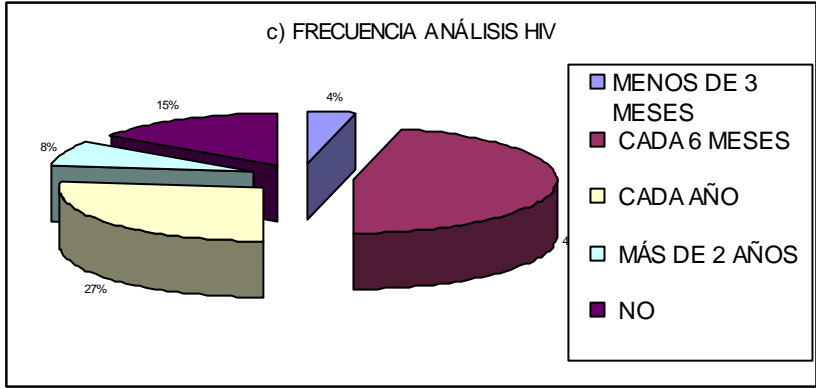
Ha sido posible determinar un perfil de riesgos, pasibles de disminución e irreductibles y problemas de salud, así como también modos, situaciones, conflictos y argumentos que sostienen en el oficio. También se han podido detectar indicadores de cambio y resiliencia entre los que se encuentran la disconformidad, los deseos de cambiar de trabajo, y acciones que se dirigen a ese fin. Se evidencia una mayor conciencia sanitaria en aquellas mujeres que, o participan de la asociación gremial o provienen de Uruguay donde está legalizada la prostitución.

La evolución del VIH/SIDA que ha ido modificando su perfil tendiendo en el país, al aumento en términos relativos de su incidencia en mujeres, requiere del desarrollo de estrategias preventivas eficaces en donde se dé relevancia a las condiciones materiales de accesibilidad, a los imaginarios socioculturales, conocimientos y fantasías que rigen los actos en salud, así como a la sustentabilidad de los proyectos.

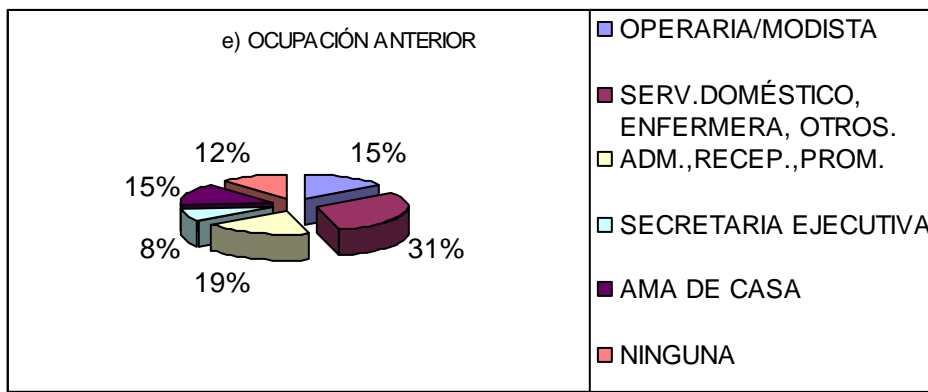
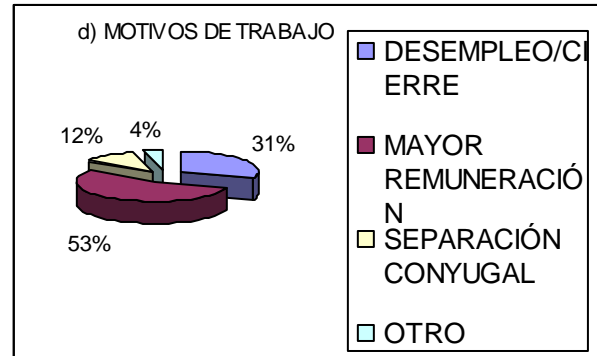
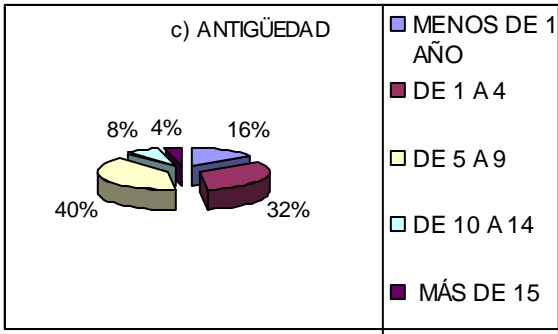
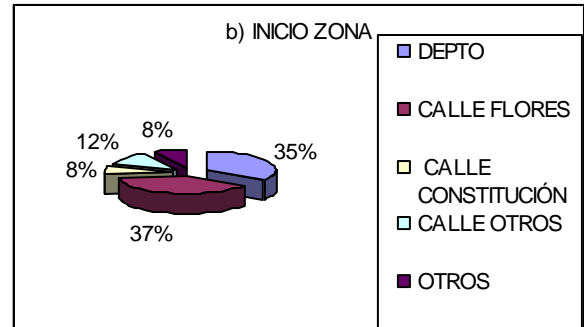
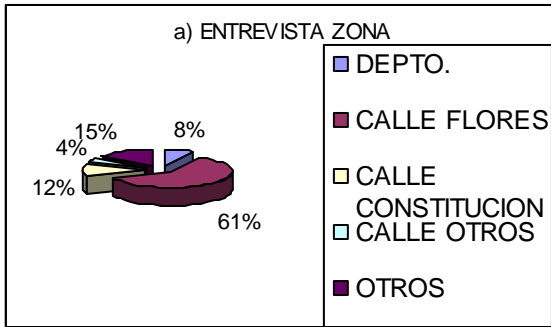
La implementación acotada de una estrategia de reducción de riesgos en este sector de alta exposición al VIH, ETS, Hepatitis C, insinuó un impacto positivo y proactivo en el grupo de mujeres que participó del estudio.

Gráficos Condiciones de Salud

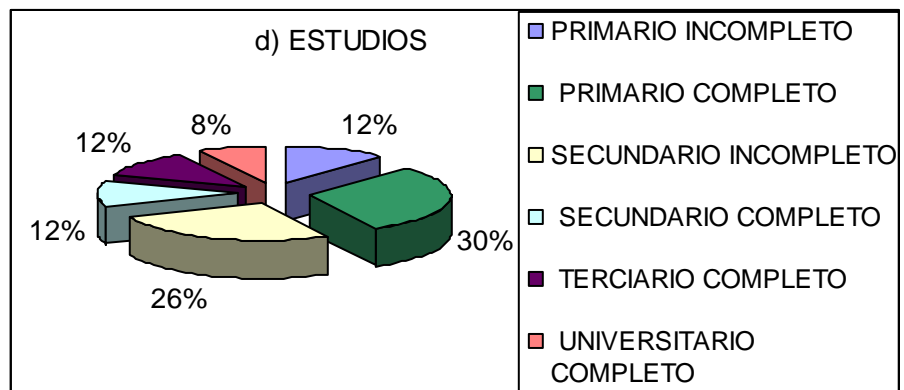
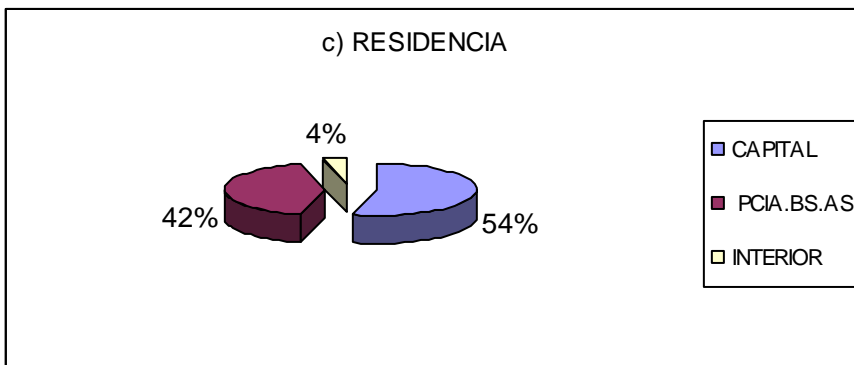
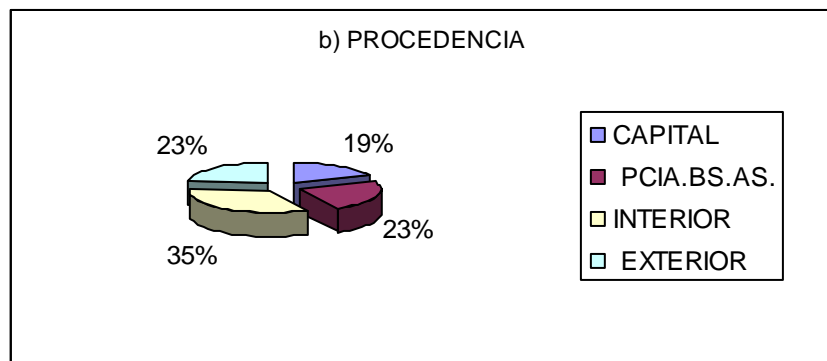
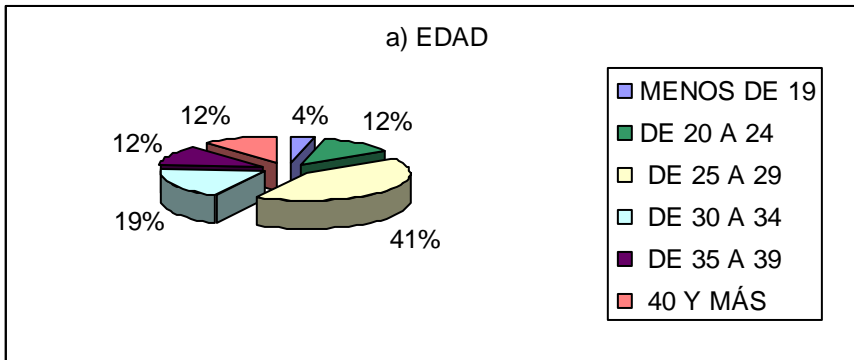




Gráficos Condiciones de Trabajo



Gráficos Condiciones de Vida



Bibliografía

- AA.VV (1994) *Population Police Reconsidered. Health, Empowerment and Rights*. Harvard University Press, Boston.
- Alvesson, M. Skolberg, K (2000) *Reflexive Metodology New Vistas for Qualitative Research*, London, Sage Publications Inc.
- Bardim, L. (1986) *El análisis de contenido*, Madrid, España Ed. Akal
- Baulenas, G; Borrás, T.; Magrì, N: (1998) *Políticas e intervenciones de reducción de riesgos*. España. Grup Igia. Financiado por el Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Benjamín, J. (1996) *Los lazos de amor. Feminismo, psicoanálisis y el problema de la dominación*. Buenos Aires, Ed. Paidós
- Bourdieu, P.(1990) *Sociología y cultura*. México, Ed. Grijalbo
- Castellanos, P. (1991) "Evaluación de la Situación de Salud y sus tendencias en grupos de población". Caracas. Conferencia del IV Taller Latinoamericano de medicina Social.
- Costandriopoulos, A., P.(2000) "La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales". En *Cuadernos Médico Sociales*, N°77, pp.:19-33.
- Czeresnia, D.(1999) "The concept of health and the difference between prevention and promotion". En *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, N°4, pp.:701-709
- Choisy, M (1993) *Prostitución: Enfoque médico, psicológico y social*. Ed.Lumen-Hormé.
- Denzin, N.K. e Lincoln, Y.S. (comp.) (1994) *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks. Sage Publications.
- Denzin, K.(1997) "Reading Narrative", Chapter 8, en *Interpretive ethnography. Ethnographic Practices for the 21st Century*. California, Sage Publications.
- Dio-Bleichmar, E. (1992): "Los pies de la ley en el deseo femenino" en *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Fernández, Ana,M. (comp.) Buenos Aires, Paidós.
- Edwards,D. Potter,J. (1994) *Discursive psychology*. London, Sage publications Inc.
- Eliade, M. (1994) *Lo sagrado y lo profano*. Editorial Labor.
- Fundación Huésped: (1999) "Perfil epidemiológico en la Argentina, 1982-1999" en *Actualizaciones en Sida*, Vol. 7, N°24, pp. 128-135.
- Gaspar, M. (1985) "Notas sobre o Trábalo de Campo" en *Garotas de programa. Prostituição em Copacabana e Identidade Social*. Río de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Guy, D: (1994) "El sexo peligroso, la prostitución legal en Buenos Aires. Ed. Sudamericana.
- Lacasa, P. (2000) "Observar la actividad humana. Aproximarse al error humano en la práctica médica cotidiana". En C.Lacasa, R.Cot y C.Humet (Eds) *Prevención de errores de medicación*. Barcelona: Easo.
- Herzlich, H. Y Pierret, J. (1988) "De ayer a hoy: la construcción social del enfermo" en *Cuadernos Médico Sociales* N°43, Marzo. Rosario, Argentina.
- Laurell, A (1989) *La salud en la fábrica: estudio sobre la industria siderúrgica en México*. México. Ediciones Era.
- Montero, M. (1995) "El sentido y la medida: reflexiones sobre el método" en *Revista Comportamiento*, vol. 4 N°1, Universidad Simón Bolívar
- Oficina Sanitaria Panamericana (1994) *Evaluación de la calidad de atención en Salud Mental*. Div. de Promoción y protección de la salud, Programa de Salud Mental., vers. esp. Inst. Mario Negri, Milán, Italia.
- Robirosa, M. (1995) "Hacia un nuevo paradigma de la planificación social: Algunas cuestiones básicas". En *Turbulencia y Planificación social*. En "Taller de planificación. Psicología Preventiva. Bs.As. CEP.

- Salamanca, F. (1994) *Formulación y evaluación de proyectos sociales*, Santiago de Chile, CELADE.
- Salles, V. (1999) “El trabajo y el no trabajo: Un ejercicio preliminar desde la sociología de la cultura” en *Los retos teóricos de los estudios del trabajo hacia el siglo XXI*. Garza, E. De la (comp.) Buenos Aires, Clacso
- Suárez, E. (1996) “El concepto de resiliencia comunitaria desde la perspectiva de la promoción de salud” en *Resiliencia, construyendo en adversidad*. Kotliarenco, Cáceres y Alvarez Editoras.
- Testa, M. (1989) Parte 2, “Lógica de programación”. En *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Welldon, E. (1993) *Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad*. España. SXXI.
- Zaldúa, G.; Pérez Chávez, K (1999) “Contextos violentos, vulnerabilidad y resiliencia” en *Violencia y Psicología - Cuadernos de Prevención Crítica I*. Compiladora: Graciela Zaldúa. Buenos Aires, Eudeba
- Zaldúa, G.; Fabi, G.; DiMarco, G. (1996) “La prevención desde una perspectiva de género. Análisis de problemáticas relevantes en la salud de las mujeres”. En *La salud en debate. Una mirada desde las ciencias sociales*. Compilado por L.Flinding, Mendez Diz. Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales.
- Zizek, S. (1998) *Porque no saben lo que hacen. El goce como factor político*. Buenos Aires, Ed. Paidós

ANEXO 2

El censo realizado en Buenos Aires en 1910 arrojaba los siguientes datos sobre prostitución:

1) Edades

Edad	%
18 a 25	72
Más de 30	10

2) Alfabetización: 40%

3) Procedencia

Lugar	Cantidad
Rusia	253
Francia	226
Uruguay	230
Argentina	160
España	91
Italia	76

4) ¿Qué lleva a la prostitución?

Motivos	%
Dinero	63,7
Gusta el trabajo	15
Abandono conjugal o seducción	0,2

5) Empleos anteriores

Empleo	%
Sin empleo regular	50
Costureras	10,1
Modistas	10,3