



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Aragón
Doctorado en Pedagogía

LOS MÉDICOS Y SUS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN PEDAGOGÍA

P R E S E N T A:

Mtro. Pedro Daniel Martínez Sierra

T U T O R A:

Dra. Lilly Patricia Ducoing Watty

Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación (IISUE)

COMITÉ DE REVISIÓN:

Dra. María Luisa Ileana Rojas Moreno

Facultad de Filosofía y Letras (FFyL)

Dra. Yazmín Margarita Cuevas Cajiga

Facultad de Filosofía y Letras (FFyL)

Dra. Olivia Mireles Vargas

Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación (IISUE)

Dr. Juan Atalo Venegas Aguirre

Facultad de Estudios Superiores Aragón (FES Aragón)

Ciudad Nezahualcóyolt, Estado de México, Septiembre 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Inicio este apartado con un agradecimiento al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), por la beca otorgada para realizar este doctorado y la oportunidad de hacer una estancia de investigación en el extranjero en la Universidad Complutense de Madrid, España (UCM).

A la máxima casa de estudios, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por los apoyos otorgados para la presentación de ponencias producto de esta investigación en congresos internacionales realizados en Italia, España, Bolivia, Cuba y, sobre todo, por abrirme las puertas para realizar mis estudios doctorales en un programa de excelencia académica como el Posgrado en Pedagogía.

No quiero dejar de mencionar a médicos y médicas del Hospital General de México (HGM) que participaron en esta investigación, sin su colaboración no habría podido realizar este estudio. A las trabajadoras sociales, quienes fueron una red de apoyo esencial, al hacer posible mi ingreso a la institución.

A todos los investigadores y académicos con quienes tuve la oportunidad de coincidir durante esta etapa de mi formación profesional, en especial a mi tutora, la Dra. Patricia Ducoing Watty, quien con su invaluable experiencia dirigió el desarrollo de esta tesis. A mi comité tutorial: Dra. Ilena Rojas Moreno, Dra. Yazmín Cuevas Cajiga, Dra. Olivia Mireles Vargas y Dr. Juan Atalo Venegas Aguirre, por su sensibilidad y oportunas observaciones que fortalecieron el desarrollo de este estudio.

Finalmente, agradezco a mi madre, María de la Luz Sierra Ochoa; padre, Pedro Martínez Reyes; hermanos, Felisa Martínez Sierra y Michel Martínez Sierra, así como a mis sobrinas Sofi y Fany, que me acompañaron durante todo este proceso y me facilitaron el camino para concluir con éxito mis estudios doctorales, a mis amistades que han estado presentes durante toda esta etapa de mi vida, mi sincero agradecimiento.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	1
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4

1. APROXIMACIÓN A LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE MÉDICOS Y TRABAJADORES SOCIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

1.1 El ámbito hospitalario como contexto para el estudio de la práctica profesional de médicos y trabajadores sociales.....	11
1.2 El grupo profesional de los médicos	20
1.3 Discusiones y reconfiguraciones en la práctica profesional de los trabajadores sociales del ámbito hospitalario.....	25
1.4 La relación profesional entre médicos y trabajadores sociales en el ámbito hospitalario.....	33

2. LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES COMO FUNDAMENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

2.1 El punto de partida: aproximación a los antecedentes	41
2.2 La noción de representaciones sociales.....	43
2.3 Las dimensiones de la representación social como ejes de análisis	45
2.4 Elementos en la formación de representaciones sociales.....	47
2.5 El papel de las representaciones sociales en el estudio de las prácticas profesionales	50

3. EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

3.1 Posición epistemológica.....	54
3.2 Aproximaciones a los enfoques metodológicos para el estudio de las representaciones sociales	57
3.3 Delimitación del referente empírico.....	59
3.4 Ingreso al Hospital General de México.....	62
3.5 Instrumentos de recolección: procedimientos para su sistematización y análisis	65

4. MIRADAS DE LOS MÉDICOS HACIA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES: AYUDA, ASIGNACIÓN SOCIOECONÓMICA Y EMPATÍA

4.1 El escenario de relación profesional: Hospital General de México	75
4.2 El perfil de los médicos participantes en el estudio	80
4.3 Interpretación de las tres dimensiones: campo de representación, actitud e información	86
4.3.1 El campo de representación: la ayuda como característica de la práctica del trabajador social	87
4.3.2 Las actitudes: ambivalencias sobre la importancia de la práctica	99
4.3.3 La información: su configuración a partir de la dinámica hospitalaria	113
CONSIDERACIONES FINALES	123
REFERENCIAS	130
ANEXOS	141

ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
AMC	Academia Mexicana de Cirugía.
ANM	Academia Nacional de Medicina.
CDMX	Ciudad de México.
CECyTEM	Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México.
CELATS	Centro Latinoamericano de Trabajo Social.
CEPEC	Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua.
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud.
COMIE	Consejo Mexicano de Investigación Educativa.
CONACyT	Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
CSG	Consejo General de Salubridad.
DEGETI	Dirección General de Educación Tecnológica Industrial.
DGAE	Dirección General de Administración Escolar.
ENARM	Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas.
ENTS	Escuela Nacional de Trabajo Social.
FITS	Federación Internacional de Trabajadores Sociales.
HGM	Hospital General de México.
IMSS	Instituto Mexicano de Seguro Social.
INAI	Instituto Nacional de Transparencia Acceso a la Información y Protección de Datos Personales.
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
MA	Médico Adscrito.
MR	Médico Residente.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG's	Organizaciones No Gubernamentales.
PEMEX	Petróleos Mexicanos.
PUEM	Plan Único de Especializaciones Médicas.
RAE	Real Academia de la Lengua Española.
SEDENA	Secretaría de la Defensa.
SEMAR	Secretaría de Marina.
SEP	Secretaría de Educación Pública.
SNTSA	Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud.
SPS	Seguro Popular de Salud.
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SSA	Secretaría de Salud.
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León.
UAS	Universidad Autónoma de Sinaloa.
UCM	Universidad Complutense de Madrid.
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México.
UNLP	Universidad Nacional de La Plata.
VFMG	Distancia Semántica.
VM	Peso Semántico.

RESUMEN

La presente investigación utilizó la perspectiva de las representaciones sociales de Serge Moscovici, por ser una de las opciones teóricas con herramientas conceptuales y metodológicas que permiten una aproximación a los pensamientos de sentido común de los sujetos. La pregunta central fue: ¿cuáles son y cómo se organizan las representaciones sociales de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales? Por tanto, el objetivo consistió en analizar e interpretar las representaciones sociales de estos profesionales sanitarios sobre el objeto delimitado. En concordancia, los instrumentos empleados para la recuperación de los datos empíricos fueron: ejercicio de asociación libre, cuestionario y guía de entrevista, dirigidos a médicos de base y residentes de distintas especialidades del Hospital General de México (HGM). Los hallazgos se organizaron en las tres dimensiones de las representaciones sociales: campo de representación, actitud e información, las cuales dieron cuenta que los médicos tienen una representación social que gira en torno a un personal con funciones administrativas encargados de ayudar a las personas con problemas socioeconómicos mediante la gestión de servicios sociales.

Palabras claves: *representaciones sociales, médicos, práctica profesional, trabajo social.*

ABSTRACT

The present investigation used the perspective of the social representations of Serge Moscovici, for being one of the theoretical options with conceptual and methodological tools that allow an approximation to the thoughts of common sense of the subjects. The central question was: what are and how are the social representations of doctors organized about the professional practices of social workers? Therefore, the objective was to analyze and interpret the social representations of these health professionals about the delimited object. In agreement, the instruments used for the recovery of the empirical data were: exercise of free association, questionnaire and interview guide, addressed to basic doctors and residents of different specialties of the General Hospital of Mexico (Hospital General de México). The findings were organized in the three dimensions of social representations: field of representation, attitude and information, which showed that doctors have a social representation that revolves around a staff with administrative functions in charge of helping people with problems socio-economic activities through the management of social services.

Key words: *social representations, doctors, professional practice, social work.*

INTRODUCCIÓN

El programa de Doctorado en Pedagogía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) abre varias posibilidades para el estudio de diversos objetos procedentes de otros campos disciplinares, gracias a las nueve líneas de investigación que lo integran: antropología cultural y educación; teoría y desarrollo curricular, didáctica, evaluación y educación; política, economía y planeación educativa; epistemología y metodologías de la investigación pedagógica; filosofía de la educación y teorías pedagógicas; desarrollo humano y aprendizaje; sistemas educativos formales y no formales; historia de la educación y la pedagogía; y sociología de la educación. Todas en busca de analizar las particularidades de lo educativo como objeto de estudio.

La tesis intitulada “Los médicos y sus representaciones sociales sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales”, se insertó en el campo de la investigación educativa, con el fin de encontrar nuevas miradas y esquemas de reflexión que contribuyeran a analizar las representaciones sociales que tienen otros grupos profesionales sobre los trabajadores sociales. El estudio se ubicó en la línea de sociología de la educación, cuyo interés es el análisis de sentidos, códigos, símbolos de las profesiones, instituciones y sus diversos actores educativos, a través del uso de teorías sociológicas.

Para el desarrollo de este estudio se utilizó la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, perspectiva que en el campo de la investigación educativa ha sido empleada como una de las opciones teóricas y metodológicas de actualidad que explican cómo los sujetos ven y dan sentido a su realidad, según su propio sistema de referencias. Su uso permite comprender cómo se constituye y organiza el conocimiento de sentido común que autoriza a los individuos tomar decisiones o definir sus comportamientos en la vida cotidiana. Dicha teoría proporcionó algunas directrices metodológicas para el análisis e interpretación de los discursos de los médicos y la red de significaciones que han edificado sobre el objeto de representación, al facilitar un acercamiento al entorno social, conducta, interacciones y prácticas desde un punto de vista socioeducativo.

La selección del referente teórico surgió a partir de la tesis realizada en el programa de Maestría en Trabajo Social de la UNAM, bajo el título “Representaciones sociales sobre el ejercicio profesional del trabajador social: una mirada de los estudiantes de la Licenciatura”, en donde se identificó su pertinencia como perspectiva teórica para el estudio del pensamiento

cotidiano que tienen distintos actores sobre las profesiones. Dentro de las nuevas líneas de investigación que arrojó esta publicación destacó la importancia de estudiar los pensamientos de sentido común de otros grupos profesionales como médicos, abogados, psicólogos y enfermeras sobre los trabajadores sociales, porque su análisis contribuye a identificar las formas en que se percibe, se entiende y asume la práctica profesional de los trabajadores sociales.

El área de la salud fue el principal escenario evocado por los estudiantes por ser uno de los ámbitos de mayor antigüedad, tradición e implantación donde se localiza un importante número de plazas reconocidas por el Estado para este profesionista. Siendo identificados principalmente en el sector público a través de clínicas y hospitales del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), entre otros. Los alumnos entrevistados manifestaron una actitud negativa y de rechazo hacia este ejercicio, al relacionarlo con un trabajo administrativo de poco reconocimiento basado en la entrega de pases y llenado de formatos, este tipo de hallazgos llevó a preguntarse: ¿cuál es la actitud que tienen otros grupos profesionales hacia la práctica del trabajador social?, y ¿cuál es la relación profesional de los trabajadores sociales con el equipo multidisciplinario de la salud? A partir de las preguntas señaladas se inició la configuración de un nuevo objeto de estudio, que empezó con la revisión de la literatura para la localización de investigaciones que analizaran las ideas, creencias o conocimientos que otros grupos profesionales tienen sobre los trabajadores sociales.

Los resultados de las investigaciones de Muriel (2018), Minetto y Voragini, (2017), Rosacher (2015) y Pérez (2013), desarrolladas en distintos campos de actuación, mostraron que otros grupos profesionales como médicos, psicólogos y profesores asocian las prácticas de los trabajadores sociales con acciones filantrópicas o de caridad que dieron origen a esta carrera. Por su parte, Pérez (2005), Barrantes, (2003), Acebedo (1998) y otros estudios mostraron una serie de críticas y descalificaciones relacionadas con la falta de reconocimiento, inmediatez y carencia de reflexividad en los servicios proporcionados por los trabajadores sociales; asimismo, plantearon desafíos que deben enfrentarse en materia de formación académica, identidad colectiva y proyección, reflejándose una búsqueda insistente por la identidad o la resignificación de la actividad profesional.

En ese sentido, se volvió relevante conocer lo que otros profesionales opinan de los trabajadores sociales por la búsqueda insistente de saber ¿quién es este grupo? En las

investigaciones de Acebedo (1998), Barrantes (2003), Pérez (2005) y Martínez (2012), son estudios que rescatan no solo lo que piensan los trabajadores sociales de sí mismos, sino también lo que otros grupos creen de ellos, con el fin de reflexionar sobre su identidad y evidenciar características que los diferencian de otras carreras. Lo anterior permitió proponer el siguiente objetivo de investigación: analizar e interpretar las representaciones sociales de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales. Los supuestos hipotéticos que dieron inicio al planteamiento del problema fueron elaborados desde las tres dimensiones de las representaciones sociales (información, actitud y campo de representación):

- Las informaciones con las que cuentan los médicos sobre las prácticas profesionales refieren a un profesional de apoyo a las acciones médicas, que desarrolla actividades técnicas, operativas y administrativas dentro de los servicios de salud.
- Las actitudes que presentan los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales tienen una orientación bidimensional que reconoce aspectos positivos y negativos. En el primer caso, destacan sus habilidades vinculadas con el buen trato hacia los pacientes y el entusiasmo e interés mostrado hacia su trabajo; en el segundo, su falta de disposición en aprender nuevos conocimientos y la poca habilidad en la interpretación de la información que recuperan de los pacientes.
- El campo de representación de los médicos asocia la práctica profesional de los trabajadores sociales con un ejercicio auxiliar y de bajo perfil profesional, le asignan un mayor peso semántico a las asociaciones que refieren un papel secundario en su intervención frente a la problemática social del paciente, inmersa en su proceso de enfermedad.

Por otra parte, para que esta investigación se desarrollara bajo la perspectiva teórica de las representaciones sociales se consideraron tres elementos sustanciales: sujeto, objeto y contexto. Así, los médicos fueron los sujetos que construyeron la representación social; la práctica profesional de los trabajadores sociales, el objeto de representación; y el Hospital General de México (HGM) fungió como la unidad de observación. Esta delimitación ayudó a generar algunas aproximaciones en los campos de conocimientos, competencias técnicas y valoración social de las disciplinas implicadas.

Las prácticas profesionales desarrolladas por médicos y trabajadores sociales responden a sus procesos de formación, organización gremial, certificación, y otros factores, propios de cada

disciplina. Por lo tanto, las profesiones son fenómenos socioculturales que dependen de contextos sociales, económicos y culturales para su desarrollo.

En el caso de la ciencia médica ha tenido un impacto transversal en otras profesiones, particularmente en las ciencias naturales, debido a su alto desarrollo de conocimientos médico-científicos que han legitimado e institucionalizado saberes especializados, además de la generación de discursos universales que han autorizado a este grupo definir su práctica y objeto en función de las necesidades sociales.

Los médicos han edificado un modelo de práctica profesional integrado por códigos y símbolos imitados por otras disciplinas, al ser reconocidos como una profesión ideal en el mundo laboral. El sector salud representa su principal campo de actuación, donde profesiones como: Enfermería, Psicología, Trabajo Social, entre otras, ocupan grados jerárquicos menores al depender de los diagnósticos médicos para el desarrollo de sus funciones.

Las primeras apariciones del trabajador social en ámbitos sanitarios se dan sin una capacitación previa, y predominan actuaciones intuitivas, prácticas, fundamentadas en el sentido común y en la buena voluntad para la operación de políticas institucionales, al desarrollar funciones reconocidas en primer lugar por las instituciones antes que por ellos mismos. Particularmente la relación de trabajadores sociales y médicos ha sido desde una función auxiliar y de apoyo, donde si bien ambos se refuerzan, siguen lógicas distintas y sirven a distintos intereses.

Las actividades vinculatorias entre el rol médico y trabajo social son: Casos médico-legales, traslados, ingresos, altas, defunciones, programas de educación para la salud y otras. Esta relación ha configurado opiniones, conocimientos y creencias sobre el hacer de este profesionista. Por lo tanto, la pregunta que fungió como hilo conductor de esta investigación fue: ¿cuáles son y cómo se organizan las representaciones sociales de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales? Para dar respuesta a esta pregunta de investigación se seleccionó como escenario de estudio el HGM, por ser una de las instituciones sanitarias con una de las plantillas más numerosas de trabajadores sociales y médicos. En sus 48 unidades se configura una vida cotidiana construida a partir de la complejidad de necesidades y problemáticas de los pacientes, que requieren no solo una intervención médica sino también social.

Además de la elección del escenario, otros elementos que coadyuvaron en la configuración del objeto de estudio se encuentran las actividades académicas realizadas durante

los cuatro años en los cuales se desarrolló esta tesis, entre las que destacaron: una estancia de investigación; la presentación de ponencias en congresos internacionales celebrados en Italia, España, Bolivia y Cuba; la participación en coloquios de investigación, la asistencia a tutorías, reuniones de comité, seminarios y conferencias. Respecto a los coloquios del Programa de Doctorado en Pedagogía de la UNAM, su objetivo consistió en la presentación de avances académicos, producto de las investigaciones de los alumnos, así como mostrar la capacidad de escritura bajo criterios característicos de la producción académica. En estos eventos se convocaron a tutores y estudiantes del doctorado organizados por línea temática.

Durante el proceso de configuración del objeto se realizó una estancia de investigación en un periodo de tres meses, en la Universidad Complutense de Madrid, España (UCM), en el grupo de “Observatorio para la Intervención Social en las Organizaciones”, bajo la línea temática de representaciones sociales. Su desarrollo fue una oportunidad de movilidad que contribuyó en el desarrollo personal y académico del doctorante. Esta experiencia generó aprendizajes que coadyuvaron en la formación académica porque permitieron identificar nuevos estilos de trabajo y herramientas para la elaboración de proyectos de investigación. En el periodo señalado se realizaron las siguientes actividades que abonaron en la configuración y tratamiento del objeto de estudio:

- Discusiones sobre los procesos de análisis e interpretación con investigadores, docentes y estudiantes del programa de doctorado.
- Entrevistas en profundidad con profesionales de prestigio internacional de Madrid y Barcelona, en el contexto del Trabajo Social Sanitario.
- Participación y asistencia a encuentros, conferencias y cursos vinculados con la línea de investigación.
- Presentación y defensa de los resultados de la investigación en diferentes eventos académicos.
- Selección y búsqueda de bibliografía especializada sobre la línea de investigación.

Las participaciones en las actividades señaladas permitieron repensar la estructura de cuatro capítulos que conforman la tesis doctoral, de la siguiente manera: contexto, teoría, metodología, análisis de resultados y consideraciones finales.

La intención del capítulo, “Aproximación a las prácticas profesionales de médicos y trabajadores sociales en el ámbito hospitalario”, radicó en mostrar quiénes son los médicos y cuál

es su vinculación con la práctica profesional de los trabajadores sociales, para ello se realizó un acercamiento al contexto donde se inscriben ambos profesionistas. Además, se desarrollaron apuntalamientos conceptuales sobre la práctica profesional, categoría que no sólo brinda un sentido de existencia a las profesiones dentro del mercado laboral, sino que juega un papel medular en distintos ámbitos disciplinares. Su estudio fue un objeto complejo, porque concentró las formas en cómo los profesionistas materializan su perfil, identidad, saberes y conocimientos, producto de su proceso formativo.

El capítulo 2, “La teoría de las representaciones sociales como fundamento para el análisis de la práctica profesional”, dio cuenta de la perspectiva teórica utilizada en el desarrollo de la investigación. Para su estructura se tomó como punto de partida la obra de Moscovici (1979), *El psicoanálisis, su imagen y su público*, trabajo que ha dado pie a la formulación de nuevas interpretaciones y escuelas para el estudio de las representaciones sociales. En este capítulo se presentó una aproximación hacia las conceptualizaciones, discusiones y posicionamientos desarrollados por distintos teóricos e investigadores del campo de las representaciones sociales, centrados en los conceptos y premisas que han resultado un marco de utilidad para el estudio de las prácticas profesionales.

El capítulo 3, “Epistemología y metodología para el estudio de las representaciones sociales sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales”, describió de forma sistemática los procedimientos metodológicos utilizados en las distintas etapas de la investigación. Dichos apuntalamientos fueron trabajados desde el enfoque procesualista, el cual plantea que “...para acceder al conocimiento de las representaciones sociales se debe partir de un abordaje hermenéutico, entendiendo al ser humano como productor de sentidos y focalizando el análisis de las producciones simbólicas...” (Banchs, 2001, p.3.6). Por ese motivo, se usaron la asociación libre, cuestionario y entrevista como herramientas interrogativas y asociativas que permitieron generar acercamientos a los pensamientos de sentido común de los médicos. Asimismo, se manejaron programas informáticos que coadyuvaron a los procesos de sistematización de la información como: *ATLAS. ti* y *SPSS* (Statistical Package for the Social Science Statistics).

Por último, el capítulo 4, “Representaciones sociales de médicos sobre los trabajadores sociales: Ayuda, asignación socioeconómica y empatía”, presentó los resultados que develaron las representaciones sociales de médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales. Para ello, se desarrollaron apartados como: el escenario de relación profesional y el

perfil de los médicos participantes en el estudio, que constituyeron el punto de partida para presentar las representaciones sociales de los médicos. Los discursos de los sujetos fueron organizados mediante las tres dimensiones de las representaciones sociales (campo de representación, actitud e información). Para el estudio del campo de representación se empleó un ejercicio de asociación libre, sistematizado a través de la técnica de las redes semánticas naturales que develó la imagen que proyecta la práctica profesional para el médico. Alrededor de las actitudes se utilizaron algunas respuestas del cuestionario y de la guía de entrevista que expresaban una orientación favorable, desfavorable o neutra sobre diferentes temas relacionados con el ejercicio. Finalmente, en torno a la información se ocuparon los tres instrumentos señalados con el objetivo de mostrar los conocimientos de sentido común que poseen acerca de este objeto de representación.

Se concluye el estudio con un apartado de consideraciones finales, donde se sugieren nuevas discusiones, producto del análisis de las representaciones sociales, así como la generación de preguntas y líneas de trabajo que pueden ser retomadas por otros investigadores interesados en este campo de conocimiento.

1. APROXIMACIÓN A LAS PRÁCTICAS PROFESIONALES DE MÉDICOS Y TRABAJADORES SOCIALES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

La razón y el pensamiento devienen principios fundamentales de las acciones del hombre, en virtud de que la práctica implica normas, valores, reglas de juego, es decir que está atravesada por sistemas de ideas, valores, hábitos, entre otros, lo que significa que ciertos elementos conceptuales son definatorios de las prácticas que se despliegan (Ducoing, 2013 p. 40).

En la última década, el análisis de la práctica profesional ha adquirido gran relevancia dentro de los ámbitos académicos e institucionales, debido a los debates y discusiones que, puestos en manifiesto, reflejan las distintas problemáticas que acompañan el ejercicio. Este tema ha tenido un papel medular en estas discusiones, al brindar un sentido de existencia a las profesiones dentro del mercado laboral. Su estudio es un objeto complejo, porque concentra las formas en cómo los profesionistas materializan el perfil, la identidad, los saberes y conocimientos, producto de un proceso de formación.

El propósito de este capítulo es presentar la vinculación entre las prácticas profesionales de médicos y trabajadores sociales, para lograrlo se estructuraron cuatro apartados: El ámbito hospitalario como contexto para el estudio; el grupo profesional de los médicos; discusiones sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales; y la relación profesional entre ambos actores, que sirvieron como contexto de estudio y ejes problematizadores para el desarrollo de la investigación.

1.1 El ámbito hospitalario como contexto para el estudio de la práctica profesional de médicos y trabajadores sociales

En tiempos actuales, el estudio de la práctica ha despertado un gran interés en investigadores de lo educativo, por sus constantes alusiones como elemento esencial de la profesión. Reflejo de ello es la vasta producción académica dada a conocer sobre el tema, como lo reflejado en la *Colección Estados del Conocimiento. Consejo Mexicano de Investigación Educativa (COMIE, 1992-2002 y 2002-2011)*, donde se integran un importante número de estudios que discuten sobre las problemáticas que, desde los procesos formativos, inciden en los estudiantes para encarar dilemas del campo profesional.

En los textos del COMIE, las prácticas son estudiadas como dispositivos articuladores de procesos de formación profesional; los análisis producidos sobre el tema han tenido un lugar importante en los diseños curriculares y debates académicos. Si bien las investigaciones presentadas en el apartado de *formación y prácticas* fueron abordadas principalmente desde el contexto de programas institucionales de enseñanza inicial o en servicio de los profesores (Espinosa y Secundino, 2013), al ser un campo de conocimiento pone en perspectiva, a disposición de la academia, las aportaciones, los debates, las polémicas y las posiciones que se han construido sobre este tema¹ (Ducoing, 2013).

En los trabajos de Barrón (2009), Torres et al., (2004), Acebedo y Ferrarós (1998), se analizaron las prácticas de carreras como Medicina, Psicología y Trabajo Social en sus diferentes campos de actuación, utilizando el soporte teórico de diversas disciplinas para examinar los sentidos que se han construido sobre el objeto en cuestión. En la conformación del marco conceptual, estos autores refirieron varias dificultades entre las que sobresale la de conceptualizar “práctica”, pues su uso tiene diferentes acepciones como: ejercicio, praxis, actos, experiencia, habilidad, destreza, maña, entrenamiento, adiestramiento y perfeccionamiento, lo que denota una gran cantidad de sinónimos, perífrasis, campos semánticos, así como alcances lingüísticos en el uso de este vocablo.

Desde su etimología, el término “práctica” proviene del latín *practicus*, que significa acción. En el *Real Academia de la Lengua Española* (RAE, 2014), se indican trece definiciones, de las cuales resaltan las siguientes: 1) ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas; 2) aplicación particular de una idea, doctrina o teoría; 3) destreza adquirida con el ejercicio de la práctica, y 4) ejercicio que bajo la dirección de un maestro y por cierto tiempo tienen que hacer algunos para habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión. Estas explicaciones dan cuenta de una categoría no neutra, sino más bien polisémica de múltiples connotaciones, según los autores o del campo de aplicación al que se haga referencia.

A partir de un abordaje epistemológico, Guyot (2005, p. 15) sitúa la práctica como una disposición humana que genera “...un auténtico diálogo entre el pensar y el hacer, pues todos los caminos conducen a la práctica, punto de partida y de arribo del conocimiento. Hacer y saber

¹De acuerdo con académicos de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENTS-UNAM), en los planes de estudio de 1996 y 2002 se considera la práctica como “un eje fundamental en la formación del estudiante de trabajo social, ya que tiene como propósitos: articular los conocimientos teórico-metodológicos, con la realidad y desarrollar en el alumno las habilidades intelectuales y prácticas que le permitan intervenir en la prevención, atención y solución de problemas sociales en los niveles específicos de trabajo social”.

hacer, mantienen una exigencia de mutua articulación ordenada por la praxis, condición de toda transformación posible del mundo”. En esta aproximación que brinda la autora, se enfatiza la centralidad del conocimiento en cuanto elemento construido o transformado al ser utilizado; como integrante de la actividad en y con el mundo en todo momento; su adquisición no es una simple cuestión de absorción, requiere de una reconceptualización (Chaiklin y Lave, 2001).

Al no ser estáticas las problemáticas que enfrentan los profesionistas, permiten la construcción de aprendizajes no intencionados que dan pie a un conjunto de reflexiones sobre cómo los escenarios contribuyen a estimular una mayor maduración y profundización de los conocimientos. Al respecto, Schön (1998) refiere que en la práctica se involucra un segmento de experiencias, repetición de actividades, terminologías, métodos y procedimientos propios de un campo disciplinar; sin embargo, las situaciones que encaran los profesionistas crean zonas de complejidad al poner en juego la estabilidad de objetivos, funciones y saberes aprendidos en un proceso formativo, dando pauta a la recreación de la teoría para confrontar la abrumadora problemática de la complejidad que surge en los trabajos.

Ahora bien, para desarrollar una práctica a nivel profesional, la Secretaría de Educación Pública (SEP), a través de la Dirección General de Profesiones (2016), señala como requisito la portación de un título de validez oficial para la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque solo se trate de una consulta breve o de la ostentación del carácter de experto por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o cualquier otra modalidad de presentación.

En cuanto al concepto de profesión, su análisis en la sociología contemporánea presenta raíces en las reflexiones de Herbert Spencer y Max Weber. El primero, en su obra *Origen de las profesiones*, refiere que proceden de una organización político-eclesiástica primitiva, su ligamen se vincula con el monopolio del saber y la posición de superioridad que éste otorga. Al igual que el sacerdote, los profesionales están por encima de otras clases sociales por su capacidad intelectual que les brinda poder e influencia sobre sus semejantes. Mientras que para Weber, en *La Ética Protestante y el espíritu del Capitalismo*, esta noción denota una actividad especializada que constituye una fuente de ingresos para el hombre. Destaca la dimensión política del concepto, el control y monopolio de los dominios profesionales, así como los vínculos con el poder del Estado.

En la actualidad se han desprendido diferentes posiciones sobre la noción de profesión, destacando las tradiciones francesas y norteamericanas, a partir de las cuales se reconocen seis

características principales: 1) implica operaciones intelectuales, 2) derivan su material de la ciencia, 3) manejan con un fin definido y práctico, 4) poseen una técnica educativamente comunicable, 5) tienden a la auto organización, poseen una naturaleza cada vez más altruista, 6) integran un alto grado de autonomía y aceptación de responsabilidad profesional (Aguayo, 2006; Dubar y Tripier, 1998; Gómez y Tenti, 1989).

Miranda (2004) afirma que en la sociedad occidental no todas las ocupaciones están profesionalizadas², es decir, no todo tipo de saberes son reconocidos o legitimados en contextos sociales e interprofesionales. Por su parte, Bachmann y Simonin (1981) refiere que una profesión está “plenamente profesionalizada” cuando ha logrado: a) corpus de conocimientos sistemáticos, en general enseñados en la universidad; b) un saber hacer práctico, derivado de sus conocimientos; c) un código deontológico que regula las relaciones entre los profesionales y los usuarios; d) una organización interna que ejerce autoridad sobre el ejercicio de la profesión y que desarrolla una cultura profesional (congresos, coloquios, revistas y publicaciones diversas), y e) un reconocimiento público de la naturaleza profesional de la actividad producida (en particular la prohibición del ejercicio paralelo de la profesión, del reconocimiento jurídico, en ciertos casos, del secreto profesional, etcétera). La consolidación de estos elementos brinda soporte a las prácticas desarrolladas por los profesionistas de distintos campos, asimismo son un reflejo del poder conseguido para afianzarse en las áreas de su competencia.

Con base en los elementos señalados, la práctica profesional será entendida en esta investigación como una actividad técnica-científica, desarrollada por un sujeto que ha acreditado en su totalidad el plan de estudios de una carrera. El cumplimiento de este proceso hace factible la obtención de un título o grado, gracias al cual puede brindar servicios en un campo de actuación laboral, donde entran en juego los conocimientos adquiridos durante su etapa de formación.

Para efectos de este estudio fue seleccionado el campo hospitalario, en el caso de México se rige bajo la norma de la Ley General de Salud. El servicio público lo integran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa

² De acuerdo con la RAE (2014), el término profesionalización alude al procedimiento que permite a una ocupación u oficio convertirse en una profesión. De acuerdo con Miranda (2004, p. 29), “cuando utilizamos la palabra profesionalización se refiere a la tendencia de los grupos profesionales a organizarse según el modelo propio de las profesiones liberales, por ejemplo, la Medicina, el Derecho o la Arquitectura”.

(SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) y otros. Así mismo, existen otras instituciones o programas que atienden a la población carente de seguro social como los hospitales que ofrecen los servicios de la Secretaría de Salud (SSA), el Seguro Popular de Salud (SPS) y otros.

El área de la salud se fracciona en tres niveles de atención: el primero está constituido por Unidades de Medicina Familiar, Centros de Salud y Clínicas Familiares, donde se proporcionan servicios básicos y acciones de contacto inicial o preventivas. El segundo lo integran hospitales federales, generales, regionales, integrales y comunitarios, donde se atienden a pacientes remitidos del primer nivel que requieren de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación. El tercero lo conforma una red de hospitales de alta especialidad que brindan atención a enfermedades complejas y de alto riesgo que demandan de una vigilancia más específica por el deterioro que provocan en la salud de los pacientes.

Las problemáticas que presentan los usuarios requieren de diversos profesionistas con un alto nivel de formación, experiencias, conocimientos y campos de dominio. Los objetos de estudio de cada disciplina han permitido la configuración de dinámicas de actuación profesional para hacer frente a estas situaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) refiere que el personal de sanitario lo integran “todas aquellas personas que llevan a cabo tareas cuya principal finalidad es promover la salud”. El equipo de salud está conformado por: médico cirujano, médico en distintas especialidades, médico residente, médico pasante, médico interno, enfermeras, odontólogos, nutriólogos, terapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y camilleros. El equipo administrativo lo integran: asistentes médicos, recepcionistas, secretarías, archivistas, personal de farmacia, vigilancia, limpieza y otros.

De acuerdo con Gómez et al. (2011), las instituciones de salud pública en México cuentan con más de 650,000 trabajadores, personal que sin ser suficiente, ha aumentado en los últimos diez años a raíz de la demanda por parte de la población hacia estos servicios. Alrededor de 171,000 son médicos en contacto con pacientes; 223,000 son enfermeras, 85,000 son personal paramédico y 182,000 son empelados de salud clasificado como de “otro tipo”.

En el caso de los médicos y los trabajadores sociales integran *La plantilla del personal de salud*, en el que las profesiones están clasificadas en tres ramas: médica, paramédica y administrativa. De acuerdo con el RAE (2014), la primera, se basa “en el desempeño de tareas encaminadas a afrontar problemas de salud y a identificar y a diagnosticar enfermedades...” Este grupo lo conforman médicos generales, especialistas, subespecialistas, con maestría, doctorado y

posdoctorado, que forman parte del personal definitivo que ocupa plazas de medio tiempo o tiempo completo en las instituciones de salud.

Los médicos tienen la máxima autoridad en la toma de decisiones al desempeñarse en puestos de nivel jerárquico superior o intermedio, a través de: direcciones, subdirecciones, jefaturas, coordinaciones y otros. Se les considera como los principales responsables en la atención de los pacientes; fungen como formadores de médicos residentes porque son los principales transmisores de conocimientos, y supervisan su proceso de aprendizaje con sesiones informativas, prácticas clínicas o quirúrgicas. Este personal genera antigüedad, tienen derecho a acceder a nuevos códigos salariales, a prestaciones económicas estipuladas por la ley como: capacitación, servicio médico, comedor, guardería, becas, aguinaldo, prima vacacional, vacaciones, jubilación y otras. Su ejercicio profesional es complementado por el trabajo de decenas de miles de residentes, pasantes e internos que son un recurso humano fundamental en los servicios médicos:

- **Médicos residentes:** Son médicos generales que estudian una especialidad, asisten a clases diariamente en el hospital, a sesiones generales y desarrollan actividades asistenciales, quirúrgicas, de docencia e investigación; se dirigen bajo las indicaciones de un médico de base o adscrito, que enseña, supervisa y asigna tareas propias de la unidad. La jornada de trabajo es de tiempo completo y suelen ocupar una plaza provisional en el servicio médico que corresponde a la especialidad que estudian. Sus honorarios son retribuidos por la institución mediante una beca de dedicación exclusiva, que en su primer año asciende a \$7,883,64 mensuales y dura el periodo de su entrenamiento (Instituto Nacional de Transparencia Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, INAI, 2018).

El grupo señalado es clasificado como R1, R2, R3, etc., la “R” significa residentes y el “número” corresponde al nivel de avance de la especialidad, lo que determina el monto de la beca y su jerarquía dentro de este grupo. Debe señalarse que fungen como el principal enlace entre el médico de base con trabajadores sociales, químicos, enfermeras, camilleros, mensajeros y secretarios, ya que se le asignan principalmente actividades operativas como: consultas médicas, diagnósticos, tratamientos, historias clínicas y guardias médicas, que en ocasiones implican a estos grupos profesionales.

- **Médicos pasantes:** tras haber concluido la totalidad de créditos del plan de estudios de la licenciatura en medicina, este grupo presta un servicio social obligatorio para la obtención del grado, el cual se realiza en alguna institución o programa de salud elegido por los pasantes donde desarrollan una práctica laboral en doce meses continuos bajo poca o nula remuneración.
- **Médicos internos:** Según el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ, 2018) son estudiantes regulares del último año de la carrera de medicina de cualquier escuela o facultad con reconocimiento de validez oficial, y aprobada por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS). Los internos se incorporan al equipo médico en donde participan en las actividades de atención a los pacientes hospitalizados. Son supervisados principalmente por médicos residentes, quienes asignan tareas según sus competencias y necesidades del servicio; no son responsables de la atención directa de pacientes, sino como parte del equipo médico al que están integrados.

Por otro lado, en el caso de la “rama paramédica” conformada por: Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Nutrición y otras; “reagrupa profesiones de la salud de los auxiliares médicos. Actúan bajo la prescripción de un médico, con el objetivo de acompañar, cuidar, preparar los aparatos o reeducar a los pacientes. No pueden realizar prescripciones” (RAE, 2014).

Para los trabajadores sociales, el área de la salud es uno de sus ámbitos predominantes para el ejercicio laboral. Su perfil despliega acciones clásicas de orden auxiliar, vinculadas con la optimización de procesos institucionales. Los procedimientos utilizados para la intervención tienen sus orígenes en el *case work*, método considerado como el más antiguo de la profesión, el cual consiste:

...en efectuar un estudio imparcial de la personalidad del cliente; no se trata, pues, de elegir entre el castigo o la recompensa (ofrecer asilo o socorro externo, por ejemplo), sino de determinar todos los rasgos de la personalidad, tanto positivos como negativos, que afecten a la posibilidad y al método de rehabilitación social. El éxito del trabajo de casos depende más de dicho estudio de los rasgos personales que de la flexibilidad del método (Richmond, 1917, p. 94).

Como podemos ver, Richmond establece en dicho método los principios del trabajo social sanitario, definido como:

...una práctica especializada y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar al cliente a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales sociales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional (Ituarte, 2017, p. 20).

El desarrollo de esta práctica requiere de un conocimiento especializado; por ello, los trabajadores sociales deben contar con una serie de herramientas que proporciona una formación en el ámbito sanitario, para intervenir socialmente según el tipo de enfermedad presentada por los pacientes.

En otro orden de ideas, sobre la inserción de los trabajadores sociales en escenarios de autoridad médica, se han desarrollado investigaciones como las de Vázquez y Cid de León (2015), Alfaro (2013); quienes refieren a la salud como el campo de mayor implantación e historia, en donde principalmente licenciados, técnicos y estudiantes de esta carrera por más de cuarenta años han desarrollado su ejercicio y prácticas escolares. En este ámbito aún no hay una distinción clara entre el rol profesional de licenciados y técnicos, las diferencias se concentran principalmente en los tabuladores salariales y no en las funciones o actividades que en su mayoría corresponden a un perfil técnico.

El ámbito sanitario es reconocido como la principal fuente de empleo de los trabajadores sociales al localizarse su mayor cantidad de plazas validadas por el Estado. De acuerdo con Vázquez y Cid de León (2015), del 80% de estos profesionistas que laboran en dicho sector, el 56% tiene una plaza del Estado, y el resto de tipo federal. El personal señalado se encuentra ubicado esencialmente en hospitales de segundo nivel de atención con el 49.2%, seguido de institutos de alta especialidad de tercer nivel con el 32.2%, y finalmente clínicas de medicina familiar con el 16.9%. Su perfil en el ámbito sanitario se ha vinculado primordialmente con el desarrollado de actividades de educación social relacionadas con la ejecución de modelos preventivos, acciones de capacitación dirigidas a pacientes, familia y comunidad para el restablecimiento de la salud.

Ahora bien, las instituciones donde médicos y trabajadores sociales han ejercido su práctica poseen una estructura jerárquica, que establece relaciones de coordinación y subordinación correspondiente a la organización general de los servicios de salud. Por lo que no resulta extraña la diferenciación salarial del médico con otras profesiones debido al aumento de especialidades, la incorporación de equipos sofisticados y la complejidad de las enfermedades. Con base en ello, la SSA (2017), fracciona al personal de la siguiente forma; la adscripción médica se divide en dos, la primera corresponde a médico especialista y médico general en área normativa “A”, “B”, “C” y “D”, categorías asignadas a trabajadores de confianza con puestos de dirección, jefatura o coordinación. La segunda está dirigida a quienes se encuentran en ámbitos

operativos. Seguido de este grupo están las enfermeras, quienes poseen una gran cantidad de códigos “A”, “B”, “C”, “D”, “E” y ocupan puestos como: enfermera especialista en área normativa, jefe de enfermeras, enfermera especialista, enfermera titular general, enfermera general técnica y auxiliar de enfermería. Finalmente, los trabajadores sociales quienes desempeñan cargos de: Supervisora de trabajadora social en área médica, trabajadora social en área médica y técnica en trabajo social, clasificados en “A”, “B” y “C”, claves dirigidas a personal con estudios de licenciatura y técnico, sin considerarse en una denominación específica a quienes cuentan con estudios de posgrado, al respecto debe señalarse lo siguiente:

Hasta el año de 1999, los trabajadores sociales solo percibían un ingreso correspondiente al del personal técnico, después del proceso de profesionalización que se llevó a cabo a nivel nacional y estatal, el personal tuvo la oportunidad de que se le reconociera el nivel de licenciatura en trabajo social, percibiendo a partir de ese momento un ingreso mayor... (Vázquez y Cid de León, 2015, p. 90).

La organización de las profesiones puede ser interpretada de múltiples maneras, una de ellas desde la noción de campo desarrollada por Bourdieu (2002), quien define esta categoría como un sistema de posiciones sociales objetivas y relaciones interindividuales en movimiento, cuyas características se pueden analizar independientemente de quienes las ocupan. Las relaciones generadas están marcadas por la acumulación de conocimiento como fuente de poder, competencia y conflicto entre los grupos.

Las instituciones de salud no constituyen un espacio homogéneo sino un sitio diferenciado. Según Dettmer (2009), las profesiones al interior de las instituciones están organizadas bajo estructuras de poder, su jerarquización depende del capital económico, social, científico y cultural inherente a cada una, lo que avala su legitimación. Dentro de estos espacios existen quienes ocupan posiciones dominantes y dominadas, aspecto manifiesto en el control que pueden ejercer a partir de su autonomía profesional u otras prerrogativas. Quienes representan a las disciplinas doctas han tenido la facultad de imponer saberes genuinos y relegar otros saberes considerados como inferiores. Estas formas de relación han gestado distintas dinámicas de competencia profesional que les ha brindado una posición en específico.

Si bien a través de los directivos, la institución se ha encargado de ratificar las condiciones referidas al establecer las posibilidades de intervención de los grupos profesionales mediante organigramas, reglamentos, manuales de procedimientos y programas, son los sujetos quienes al estar insertos en un escenario de lo cotidiano, producen procesos de encuentro e interacción social al ser constructores de la realidad a partir de los sentidos, pensamientos y afectos que

imprimen a sus acciones, sobre esto último Schutz (1993, p. 46) refiere:

...los sujetos viven en una actitud natural, desde el sentido común. Estar frente a la realidad permite a los sujetos suponer un mundo social externo regido por leyes, en el que cada sujeto vive experiencias significativas y asume que otros también las viven. Pues es posible ponerse en el lugar de los otros; desde esta actitud natural, el sujeto asume que la realidad es comprensible desde los conceptos de sentido común que maneja, y que esta comprensión es correcta.

Es decir, los conocimientos de sentido común están constituidos por elementos simbólicos, que pueden valorarse como explicaciones útiles dotadas de sentido sobre la construcción social de la realidad. Las experiencias acumuladas en la vida cotidiana permiten la organización de pensamientos y sirven como una plataforma para la interpretación de los acontecimientos presentados.

Del contexto descrito se desprendió el grupo profesional de interés, los médicos. Es por ello, que en el siguiente apartado se destacan algunas características de su perfil que fungieron como marco de referencia en la construcción de sus opiniones, conocimientos y creencias sobre el objeto en cuestión.

1.2 El grupo profesional de los médicos

Aunque el estudio de las profesiones no ha sido de los temas principales de teorización sociológica, destacan los planteamientos de Durkheim en *La división del trabajo social*; Weber en *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*; Spencer en *Origen de las profesiones*; y otros, que colocan este tema como punto de reflexión. Para el estudio de esta categoría, Fernández (2007) distingue cuatro principales teorías que brindan aproximaciones para vislumbrar la razón de ser de las profesiones en contextos sociales e interprofesionales: La teoría clásica del funcionalismo (Durkheim y Parsons); el interaccionismo (Hugues, Bucher y Stratus); el neweberianismo (Weber, Freidson, Abbot) y el neomarxismo (Sarfatti Larson).

Dentro de los grupos profesionales más estudiados por la sociología de las profesiones destacan los médicos, cuyo estatus profesional refleja una valoración social muy alta entre las ocupaciones, mientras su prestigio, poder y autonomía llevan a visibilizar socialmente la preponderancia de su rol, debido a diferentes factores que serán expuestos a continuación.

Los médicos son profesionistas ubicados en la cúspide de la estructura del personal de salubridad, al poseer conocimientos científicos que los hace principales responsables de mantener y recuperar la salud de los pacientes; hecho que implica un gran compromiso frente a una sociedad que espera la solución de sus problemas en esta materia. Su campo de actuación

profesional es amplio y puede ser resumido en: ejercicio libre, medicina en salud pública o privada, medicina comunitaria y hospitalaria altamente especializada, entre otras. Esta última ejercida principalmente en instituciones de segundo nivel de atención a la salud, las cuales absorben una gran cantidad de personal médico, al contar con la mayor cantidad de plazas e infraestructura creadas por el Estado para brindar servicios especializados.

La medicina integra el campo de las ciencias biológicas, químicas y de la salud. La profesión en cuestión presenta varios atributos que permiten caracterizarla, entre ellos: “noción mecanicista de los procesos que estudia; enfoque biologicista; orientación hacia el individuo, con fuerte tendencia a la especialización; progresiva incorporación y uso de alta tecnología; énfasis en lo curativo y excluyente de otras formas de ejercicio médico” (Fernández, 2002, p. 22).

Esta profesión posee una alta valoración social, se cree que al estudiarla habrá mayores oportunidades de empleo, especialización, salarios altos y prestigio. Estos atributos han contribuido en colocarla como una de las doce carreras más demandadas para su estudio en la UNAM, entre las que se encuentran: Derecho, Psicología, Administración, Ciencias de la Comunicación, Relaciones Internacionales, Pedagogía, Contaduría, Cirujano Dentista, Arquitectura, Ingeniería de la Computación, Enfermería y Obstetricia (Dirección General de Administración Escolar [DGAE], 2016).

De acuerdo con la DGAE (2016), para ingresar a la Facultad de Medicina de la UNAM en el ciclo 2016-2017, se solicitó que los jóvenes obtuvieran 113 de los 120 aciertos del examen de selección, debido a la alta demanda de 14,069 aspirantes y a la oferta de solo 192 lugares. Quienes logran entrar presentan los siguientes perfiles: 31% tiene 19 años; el 100% es soltero; el 49% estudió el bachillerato en instituciones públicas; el 23% se incorporó con promedios de 8.6 a 9.0; el 41% de los padres tiene como nivel máximo de estudios la licenciatura, y el 21% refiere un ingreso familiar mensual de más de 10 salarios mínimos (UNAM, 2016). Estos datos ayudan a esbozar una identidad que diferencia su origen social de otros grupos profesionales, por ejemplo, con los estudiantes de la ENTS-UNAM, que para su admisión requirieron 67 de los 120 puntos del examen (DGAE, 2016). Su perfil de ingreso, según el Portal de Estadística Universitaria de la UNAM (2016), fue el siguiente: la edad oscila en los 26 años o más; el 73% es soltero; el 87% proviene de bachilleratos públicos; el 23% se incorporó con promedios de 7.6 a 8.0; el nivel máximo de estudio de los padres es secundaria, y el 42% reportó un ingreso familiar mensual de 2 a 4 salarios mínimos. Lo indicado refiere algunas condiciones de estratificación social,

pareciera que quienes estudian estas carreras, presentan orígenes sociales particulares que determinan rasgos y características atribuidas a estos grupos por parte de diferentes sectores de la sociedad.

En el caso de quienes se preparan para ser médicos cirujanos, atraviesan por un proceso formativo de alta exigencia, caracterizado por la solidez de su contenido teórico y clínico supervisado por la SEP y la SSA. Esta carrera en la UNAM se cursa aproximadamente en seis años, donde los dos primeros son dedicados a las ciencias básicas (anatomía, biología celular e histología médica, embriología humana, etc.); los dos intermedios a las ciencias clínicas (epidemiología clínica, imagenología, laboratorio clínico, etc.), un año de internado y otro de servicio social (ver el Cuadro 1).

Cuadro 1.
Fases de formación de la carrera de Médico Cirujano en México

Fase	Descripción
Fase 1. Primer y segundo años.	En esta etapa el estudiante incorpora el conocimiento con predominio de los aspectos teóricos biomédicos y sociomédicos e introduce progresivamente prácticas de salud pública y habilidades clínicas.
Fase 2. Tercero, cuarto y quinto años.	El estudiante adquiere los conocimientos, las habilidades, destrezas, actitudes y aptitudes necesarias para la práctica de la medicina general en ambientes reales.
Fase 3. Internado médico de pregrado.	Bajo la denominación de médicos internistas, los estudiantes desarrollan actividades eminentemente prácticas, al incorporarse al equipo de salud de las instituciones de atención médica donde se busca que integren todos los conocimientos adquiridos, para aplicarlos en el cuidado del enfermo, desde la asesoría, supervisión y realimentación académica de sus profesores.
Fase 4. Servicio social.	Esta fase da cumplimiento a la Ley Reglamentaria del Artículo 5o Constitucional referido a las profesiones. Durante ella brinda una atención integral al individuo, la familia y la comunidad. La actividad clínica social complementaria de esta fase forma un continuo con las del internado médico de pregrado.

Fuente: Elaboración propia, con base en información recuperada del plan de estudios 2010 de la Licenciatura de Médico Cirujano de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Acreditadas la totalidad de asignaturas, tras reunir los requisitos de término que estipulan las facultades que imparten esta carrera, los egresados obtienen un título y cédula de licenciatura como médico cirujano (Narro y Ruíz, 2004). Estos dos documentos son imprescindibles para el ejercicio de la medicina en México, desarrollada inicialmente en clínicas del primer nivel de atención, dirigidas a resolver necesidades básicas a través de actividades de promoción a la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, frente a la complejidad de problemas de sanidad, los cambios sociales, los nuevos enfoques de la medicina, así como el constante avance científico y tecnológico en esta materia, las instituciones demandan perfiles de médicos con mayor

consolidación, lo que lleva a la mayoría de los egresados a continuar sus estudios a través de las especialidades que es el grado más común en la medicina³.

La ciencia médica reconoce alrededor de sesenta y un especialidades, divididas en cuatro: 1) clínicas, 2) quirúrgicas, 3) médico quirúrgicas y 4) laboratorio o diagnósticas (Facultad de Medicina de la UNAM). Éstas tienen en promedio una duración de tres años, las más sencillas, y ocho años, las prolongadas; y se realizan mediante residencias médicas desarrolladas en hospitales e institutos públicos y privados, que ofrecen importantes posibilidades de formación a nivel posgrado al atender una variedad de problemas sanitarios. Se entiende por residencias médicas:

Al sistema educativo que tiene como objeto complementar la formación de los médicos en alguna especialidad reconocida por su país de origen, mediante el ejercicio de actos profesionales de complejidad y responsabilidad progresivas, llevadas adelante bajo supervisión de tutores en instituciones de servicios de salud y con un programa educativo aprobado para tales fines (Borrell et al., 2011, p.7).

Los interesados en cursar una o más especialidades en alguna institución de salud con aval universitario, deben cumplir con los siguientes requisitos: título y cédula de médicos cirujanos, sustentar el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) organizado por el Comité de Enseñanza de Posgrado y Educación Continua (CEPEC) de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS); una vez acreditada esta prueba deberán reunir documentos probatorios de acuerdo con lo establecido por las unidades receptoras de especialidades médicas del país (currículo, carta de exposición de motivos, copia de examen profesional, certificado de calificaciones con promedio mínimo de 8.0, entre otros). Adicional a este grado están los adiestramientos especiales que son “aquellos cursos, generalmente de tipo tutelar, a través de los cuales se capacita a algún especialista dentro de un área específica de la disciplina que se practica” (Fernández, 2002, p. 156). Los estudios a nivel maestría tienen una duración promedio de dos años, doctorado de cuatro y posdoctorado de dos, y buscan formar profesionistas hacia la docencia e investigación.

La exigencia en el ingreso, permanencia y acreditación por los que atraviesan los

³ Por médico general se entiende “aquel profesional egresado de una escuela de medicina que concluyó sus estudios de pregrado y que está capacitado para responsabilizarse de la atención médica integral, primaria y continua del individuo, independientemente del problema de salud, de la edad, el sexo o las condiciones culturales de los pacientes. Debe constituir la vía de entrada del paciente al sistema de salud y contar con la capacidad para coordinar los recursos disponibles en el primer nivel de atención médica, además de ser la vía de referencia y contra referencia de los pacientes con los médicos especialistas” (Narro y Ruíz, 2004, p. 17).

médicos, ha contribuido en la configuración de una identidad sólida, ampliamente reconocida por parte de diferentes sectores de la sociedad. Se entiende que quienes ejercen la medicina son las personas más capacitadas por trabajar con elementos esenciales: salud, enfermedad y muerte, lo que obliga una dedicación total, así como actualización constante que debe atravesar por lo más altos estándares científicos.

Debido a su formación de alta exigencia, sus profesionistas socialmente han sido asociados con poder, decisión, vanguardia, autonomía, jerarquía y prestigio al "... reunir el grado más alto de características de un rol profesional: competencias, técnicas universales de alto nivel, una especialidad funcional y especializada en su dominio y solamente una neutralidad afectiva que le permite un diagnóstico y tratamiento exitoso" (Aguayo, 2006, p. 98). Ese lugar les ha permitido generar restricciones al personal que no pertenece a esta carrera, ejerciendo decisión sobre el diseño, mantenimiento y control de los servicios sanitarios.

La posición estatutaria que han logrado los médicos se ve reflejada en la centralidad de su práctica, la cual juega un papel determinante para el ejercicio realizado por otros profesionistas, entre ellos los trabajadores sociales; quienes dependen de un proceso fundamental para el desarrollo de sus funciones y actividades: los diagnósticos médicos, documento en donde se establecen bases para un tratamiento adecuado que puede requerir o no la intervención de otros profesionistas.

En definitiva, estamos ante una carrera altamente prolongada en términos formativos, con una organización gremial e identidad consolidada. Su ejercicio profesional está regulado por distintas asociaciones entre ellas: el Consejo General de Salubridad (CSG), la Academia Nacional de Medicina (ANM) y la Academia Mexicana de Cirugía (AMC) y otras. Es de las profesiones mejor remuneradas y con mayor reconocimiento en México y en el mundo; por ejemplo, si trabaja en una institución pública como el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) el salario mensual de un médico oscila entre los \$15,000 y \$25,000, variando sus ingresos en función de: la zona del país, la antigüedad laboral, el nivel de estudios, la categoría laboral, el cargo, los horarios, el número de plazas u otros servicios que proporcionen.

En el caso de los trabajadores sociales, de acuerdo con el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA, 2013), sus ingresos mensuales fluctúan entre los \$7,500 y \$11,000, percepciones que presentan pocas alteraciones dentro de este sistema debido a la existencia de solo tres categorías salariales: supervisora de trabajo social, trabajadora social del

área médica y técnica en trabajo social.

Dadas las características expuestas y su rol de autoridad en las instituciones de salud fue de importancia recuperar la mirada de los médicos, quienes serán concebidos como constructores de sentidos y realidades, siendo de interés traer al presente sus experiencias, encuentros y desencuentros con la práctica profesional de los trabajadores sociales del sector salud. Para ello, es indispensable presentar algunas discusiones y reconfiguraciones por las que transitado esta última.

1.3 Discusiones y reconfiguraciones en la práctica profesional de los trabajadores sociales del ámbito hospitalario

La discusión sobre la práctica profesional desarrollada por los trabajadores sociales tiene seis décadas, periodo en el que se ha escuchado un conjunto de críticas, valoraciones y reflexiones encabezadas por empleadores, académicos e investigadores vinculados con esta carrera, quienes han referido aspectos profundos, pero no siempre explícitos sobre el porqué de su valoración social. Para el colectivo profesional, este tema ha adquirido características álgidas al cuestionar las formas en cómo se ha desarrollado el ejercicio y la relevancia de su intervención en los escenarios institucionales.

El punto de partida para presentar estas discusiones será el contexto internacional, Deslauriers y Hurtubise (2007) exponen una valoración extremadamente variada en el tipo de trabajo social desarrollado en Estados Unidos, Canadá, Francia, Bélgica, Italia y Suiza, naciones donde ha presentado un desarrollo científico, reconocimiento social más elevado y logrado una autoridad profesional a diferencia de países latinoamericanos como: México, Argentina y Chile. Esta discrepancia se vincula con: la configuración disciplinar, el nivel de desarrollo, la relevancia de los problemas sociales, las conceptualizaciones que desde la política social se hayan edificado de sociedad, bienestar y cambio.

En algunos países europeos, Estados Unidos y Canadá existe una mayor evolución del trabajo social al iniciarse su proceso de profesionalización en los años cuarenta, a partir del cuestionamiento de los fundamentos epistemológicos y el reconocimiento profesional, temas que atravesaron por una crítica severa pero determinante en el estatuto y orientaciones de esta profesión (Deslauriers y Hurtubise, 2007). En contraste, las discusiones latinoamericanas resultaron más tardías, al iniciarse hasta 1965 con el movimiento académico de la

reconceptualización. Dicho acontecimiento provocó que el campo del trabajo social atravesara por un proceso de cuestionamiento para la legitimación de su práctica profesional. En este contexto se realizó una revisión profunda de las primeras fuentes de origen anglosajón que influyeron en la profesión, esencialmente de las autoras Richmond y Addams, consideradas pioneras en investigación y formación para el trabajo social a nivel internacional. Ambas sentaron bases importantes en el proceso de profesionalización al retomar avances teóricos de la filosofía, psicología, sociología y ciencia médica, así como en la recuperación del pragmatismo y el interaccionismo simbólico para explicar lo social (Rozas, 2007)⁴. Su estudio derivó en nuevas alternativas científicas basadas en la realidad latinoamericana para dar fundamento y sustento a la profesión, lo que impactó en los procesos de formación de los trabajadores sociales de México, Uruguay, Chile, Brasil y Argentina. Sin embargo, este hecho no llevó a un proceso de consolidación científica, al producir una serie de errores vinculados con una sobre ideologización de inspiración marxista, la politización de la actuación profesional y la perpetuación de un trabajo social de corte asistencialista. El antecedente señalado marcó un antes y un después no solo en la configuración de la práctica profesional de los trabajadores sociales, sino en la formación de nuevos debates que han cuestionado sus formas de desarrollo.

Autores como Karsz (2007), Carballeda (2004) y Aquín, (2003), han promovido un debate contemporáneo sobre el trabajo social latinoamericano que puede ser agrupado en cuatro tópicos de discusión: 1) epistemología del trabajo social; 2) identidad profesional; 3) especificidad profesional, y 4) análisis de la práctica profesional. El proceso reflexivo que han propuesto se vincula con diversas interrogantes entre ellas: ¿es posible, es necesario definir el trabajo social?, ¿la identidad profesional es una cuestión no resuelta en trabajo social?, ¿cuál es la naturaleza o la especificidad del trabajo social?, ¿cómo interviene el trabajo social frente a un contexto actual?, y ¿qué se piensa sobre la práctica profesional del trabajador social? Una vía de entrada que permite aproximarse a responder la última interrogante, guarda relación con los debates epistemológicos sobre la configuración de trabajo social en cuanto disciplina; por ejemplo, definir qué es el trabajo social y su objeto de estudio, es quizás uno de los más grandes

⁴ La génesis del trabajo social a nivel internacional ha sido recuperada por autores procedentes de países como México, Argentina, España, Chile, Brasil, Italia, Portugal, Francia, Suiza, Bélgica y Canadá, entre otros, los cuales coinciden en una serie de hechos políticos y sociales que enmarcaron su origen como: la revolución industrial, el movimiento del sindicalismo, las reivindicaciones sociales, el papel de la iglesia, la presencia femenina, así como la influencia inglesa y anglosajona (Deslauriers y Hurtubise, 2007).

retos que enfrenta la profesión en la actualidad. Por tanto, no es extraño encontrar en la literatura latinoamericana y europea, producida desde los años setenta, diversas definiciones propuestas por autores, investigadores y federaciones internacionales, quienes la han conceptualizado como arte, praxis, técnica, tecnología, disciplina, ciencia y profesión, esta última considerada la de mayor consenso dentro del colectivo profesional.

En el caso del objeto de estudio, los argumentos se disparan. En la década de los ochenta, el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS, 2015), concluyó que trabajo social no tiene un objeto de estudio, sino un objeto de intervención; mientras que para Estrada (2011) es indefinible por las características de la profesión al no producir teoría propia⁵.

De acuerdo con Kartsz (2007), las problemáticas mencionadas han generado una serie de dificultades en cómo se ha orientado la práctica profesional, produciendo ambigüedades e incomprendiones que reducen las posibilidades de trascender la inmediatez para llevar a trabajo social hacia la generación de objetos de conocimiento. Tener clara la definición y el objeto de estudio permite establecer formas de relación con el sujeto, escoger qué se va a observar, delimitar las maneras de abordaje y encontrar un lenguaje que permita describir el fenómeno (Calvo-Rojas, 2010).

Lo expresado hasta el momento es una de las posibles causas que ha impactado en la falta de claridad en la delimitación de las funciones integradas al rol profesional de técnicos y licenciados del campo de la salud. En un estudio de la ENTS-UNAM (2012), sobre *Campo Profesional del Trabajador Social. En la visión de los Empleadores*, refiere que las actividades asociadas a su rol se han vinculado a procesos administrativos para el buen funcionamiento de las instituciones. Entre las principales están: orientación, gestión, trabajo con grupos, trabajo de campo, tareas de educación social, asesoría y atención individualizada; mientras que aquéllas que demandan de mayores estructuras analíticas y habilidades directivas como la investigación y el análisis estadístico se realizan con menor frecuencia. Las conclusiones referidas no corresponden con el tipo de formación brindado a los trabajadores sociales de nivel superior.

⁵ La Federación Internacional de los Trabajadoras/es Sociales (FITS, 2014) define trabajo social como “una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respalda por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”.

En instituciones como la ENTS-UNAM, se ha buscado perfilar un proceso de formación que permita a sus egresados desarrollar una práctica de mayor densidad profesional basada en actividades como: investigación social, planeación, administración, ejecución, supervisión, evaluación de proyectos sociales; formación, organización de grupos para la prevención y atención de los problemas sociales; diseño, desarrollo, evaluación de estrategias para la intervención social en los niveles individual, grupal y comunitario; aplicación de estrategias vinculadas con la educación social para desarrollar las capacidades de la población; organización, capacitación hacia la población para motivar su participación social; así como la promoción y fundamentación de políticas sociales con base en las necesidades colectivas, entre otras.

De acuerdo con Covarrubias et al. (2010), los trabajadores sociales en campos como el de la salud, se restringen a realizar solo lo que el programa establece; además que su actuación tiene poco sustento teórico y se subordina a otras profesiones. Este tipo de participación los ha excluido de manera significativa en tareas enlazadas con la toma de decisiones en relación con la gestión y evaluación de los servicios sanitarios. Sin embargo, desde hace varias décadas han logrado legitimar un espacio en instituciones de salubridad, siendo común encontrarlos dentro de los grupos profesionales ligados con el desarrollo social y educativo, donde brindan atención a las poblaciones más desfavorecidas. Los temas de pobreza, exclusión, discriminación, marginación y atención a grupos vulnerables son cuestiones fundantes con los que, desde sus orígenes, se ha articulado su ejercicio.

Los profesionistas que ejercen esta carrera han basado su actuación en los principios vinculados con promoción del cambio, desarrollo social, cohesión social, liberación de las personas, defensa y apoyo a los derechos humanos (FITS, 2014). Sin embargo, a pesar de ser cuestiones relevantes en la escena nacional, el reconocimiento brindado a su práctica en México ha sido débil, lo cual puede ser atribuido a distintos factores entre ellos: la poca importancia brindada a la política social, el conflicto con otras profesiones por la delimitación de la especificidad, las relaciones de subordinación, la dependencia al conocimiento de otras disciplinas y la falta de claridad en la identidad profesional, sobre este último punto se señala lo siguiente:

...desafortunadamente, en México, la identidad del trabajador social gira en torno de un discurso de profesionales de buena voluntad, por un lado, y por otro, de un discurso orientado hacia el trabajo científico. Estas atribuciones diferentes de la identidad producen tensiones y conflictos que se traducen en un débil reconocimiento social otorgado a esta disciplina (...) Desde esta perspectiva podríamos decir que no existe una identidad única y sobre todo no existe una

identidad bien definida (López et al., 2007, p. 74).

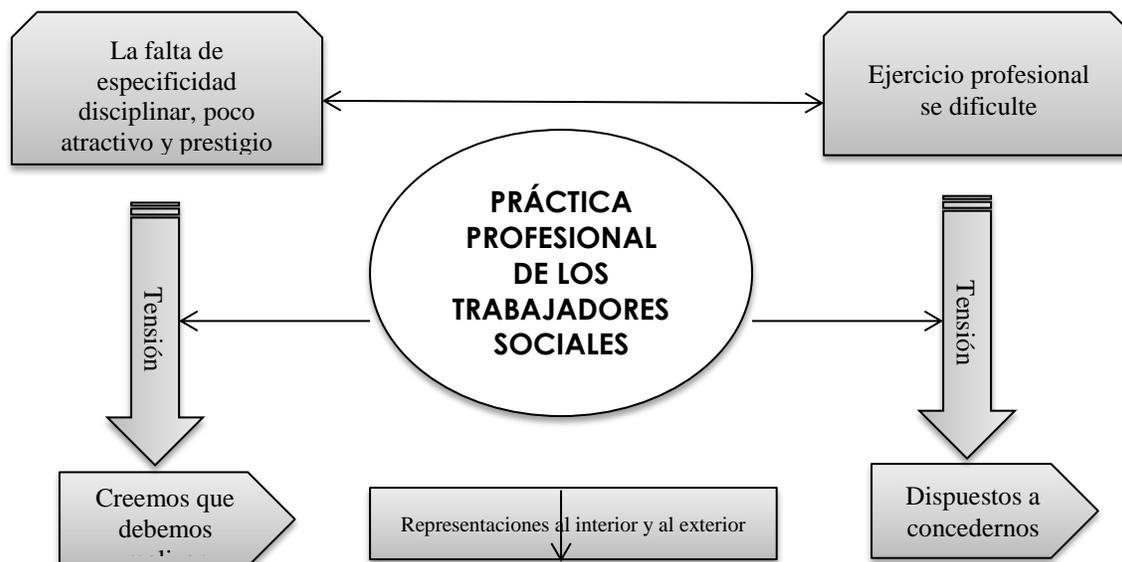
Las inconsistencias mostradas han influido en la delimitación de su rol al interior de las instituciones de salud, el cual ha estado dirigido al desarrollo de tareas centradas en procesos administrativos y operativos. Si bien esta carrera es reconocida por la FITS (2014), por ser una profesión basada en su práctica, esta misma instancia señala que su actuación se respalda en teorías, por lo que resulta inconveniente su reducción, tal y como lo refiere Aquín (2003, p. 101):

El Trabajo Social y los trabajadores sociales estamos permanentemente heridos en nuestra autovaloración, en tanto ocupamos un lugar subordinado y muy vulnerable en el campo de las Ciencias Sociales, y no hemos alcanzado todavía el reconocimiento que creemos merecer. De esta manera, se constituye un campo de extrema tensión entre lo que nosotros consideramos que nos corresponde y lo que los otros están dispuestos a concedernos.

Para Elliot (1974), la falta de prestigio social⁶ y atractivo que tenga una profesión es un reflejo de la poca prioridad para la dotación de recursos, lo que puede conducir a una situación en la que el ejercicio se dificulte. La delimitación de las funciones de los trabajadores sociales no solo depende de la validación de ellos mismos, pueden influir también las conceptualizaciones que otros profesionales tengan, quienes pueden o no percibir con claridad su rol (ver la Figura 1).

⁶ Sociólogos como Weber (2012), utilizan la categoría “prestigio” en el estudio de los grupos profesionales, para que sus miembros expresen superioridad o dominación frente a otros. Es decir, existen profesiones que gozan de prestigio y son relativamente afortunadas, porque existe un amplio público que acepta su ideología; lo cual implica que tengan mayor autonomía y poder en el trabajo.

Figura 1.
Tensiones en la práctica profesional de los trabajadores sociales



Fuente: Elaboración propia con base en información de Aquín (2003) y Elliot (1974).

En cierto modo, se reconoce que los directivos de las instituciones de salud, son los encargados de contextualizar las funciones de los profesionistas al brindar “reglas para conceptualizar, recortar la realidad al nombrarla, crear modelos para ordenar los elementos y hacerlos significativos y, por ende, pensables o manipulables” (Saltalamacchia, 2005, p. 37). Sin embargo, los sujetos no son un ente pasivo que esté sometido todo el tiempo a la normatividad, al participar de forma activa con sus identidades, saberes y conocimientos que intercambian cotidianamente a partir de las problemáticas enfrentadas. Esto de algún modo ha llevado a que la práctica de los trabajadores sociales se reconfigure por los cambios presentados en la sociedad, que exigen profesionistas cada vez más especializados ante la complejidad de problemas sociales.

En sus orígenes, Trabajo Social era considerada solo como una labor empírica de actuación intuitiva fundamentada en el sentido común y la buena voluntad, con una fuerte vinculación con las estructuras del Estado para la operación de políticas sociales e institucionales, sin embargo desde su primer plan de estudios en México (1937) y hasta los más actuales, ha atravesado por amplias reflexiones con la finalidad de construir formas específicas de nombrar, clasificar, conceptualizar y encarar las problemáticas que se les han presentado como parte de su ejercicio profesional. Aquí algunos ejemplos:

- A nivel internacional, en la literatura de las ciencias sociales existen revistas

especializadas de trabajo social (con cierto prestigio) como: *Social Work* (USA); *Katalysis* (Brasil); *Locus Social* (Portugal); *Revista Costarricense de Trabajo Social* (Costa Rica); *Revista de Trabajo Social y Salud* (España); *Revista Colombiana de Trabajo Social* (Colombia); *Revista Trabajo Social UNAM* (México) y otras, en las cuales algunos profesionistas mexicanos y de otras nacionalidades han publicado artículos donde analizan las problemáticas sociales desde la mirada de trabajo social como disciplina⁷.

- Si bien el sexo predominante de quienes estudian la carrera de Trabajo Social es el femenino con un 83%, existe una ligera incorporación de los hombres con un 16% (PUE-UNAM, 2016); dato que resulta significativo si se considera que en sus orígenes era concebida como una profesión para mujeres.
- Aunque no es una de las carreras más solicitadas en la UNAM, pues tiene una oferta de 272 lugares, presenta una demanda de 2,688 aspirantes en el sistema escolarizado, 652 en la modalidad a distancia (DGAE, 2016). En relación con esto, Martínez (2012) identifica que en los estudiantes de nuevo ingreso prevalecen aspiraciones por carreras como: Psicología, Derecho, Relaciones Internacionales, Pedagogía y otras, sin embargo, dicha tendencia tiende a decrecer a partir de su avance académico en esta carrera.
- En materia de programas de estudio, es posible apuntalar un ascenso y amplitud de los niveles formativos de los trabajadores sociales (ver el Cuadro 2), lo que ha contribuido en un proceso de mayor consolidación en su perfil, así como en la apertura de nuevos escenarios de actuación profesional. Si bien el título de técnico es el de mayor antigüedad, actualmente gran parte de sus profesionistas cuentan con uno de licenciatura.
- Respecto a las especialidades en salud (aunque pocas) existen opciones específicas como: Trabajo Social, Psiquiatría y Salud Mental; Trabajo Social en el Sector Salud y otras. A nivel maestría, la cantidad de profesionistas que ostentan este grado en la Ciudad de México (CDMX) es cada vez mayor debido a la incorporación del programa de Maestría en Trabajo Social en la ENTS-UNAM en el año 2005, que tiene como uno de sus campos de conocimiento “Las dimensiones sociales de la salud”. Sobre los estudios a nivel doctorado, López et al. (2007) señalan que hasta el año 2006 había solo 20 doctores en

⁷ Al respecto se pueden citar algunos ejemplos: *La política general de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social* (Lourenco y Ruíz, 2014), *Actitud de trabajadoras sociales hacia portadores del virus de inmunodeficiencia humana en centros de salud comunitaria* (García et al. 2013); *Panorama de investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000)* (Tenorio y Hernández, 2005), entre otros.

Trabajo Social en toda la República Mexicana, egresados principalmente del Posgrado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social, ofrecido por la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). A la fecha otras facultades y escuelas ofrecen este programa como: Universidad Autónoma de Sinaloa (UAS) y recientemente el convenio de colaboración celebrado entre la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través de la Escuela Nacional de Trabajo Social y la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina (UNLP).

Cuadro 2.
Niveles de formación de la carrera de Trabajo Social en México

Nivel educativo	Duración de estudios	Objetivo curricular
Técnico en Trabajo Social	Seis semestres	“Formar con competencias profesionales que los capacite en la aplicación de los conocimientos teóricos en trabajo social, comprometidos, responsables y capaces de intervenir con individuos, grupos y comunidades, en instituciones públicas, privadas y ONG (organizaciones no gubernamentales) para minimizar las problemáticas latentes antes mencionadas, y así contribuir al desarrollo sustentable de la nación” (Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México, [CECyTEM], 2013).
Licenciatura en Trabajo Social.	Nueve semestres	“Formar profesionistas en Trabajo Social con visión social, humanista, ética y de compromiso social con perspectiva interdisciplinar, capaces de integrar y aplicar saberes teórico-metodológicos y prácticos para construir estrategias y acciones sociales con sujetos individuales y colectivos a fin de intervenir en los problemas y necesidades sociales de diversas realidades” (Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México [ENTS-UNAM], 2002).
Especialidad en Trabajo Social.	Dos semestres	“Formar especialistas en Trabajo Social de alta calidad, capacitados para el diseño y la aplicación de modelos de intervención con jóvenes, mujeres y adultos mayores a nivel individual, grupal, comunitario y de la sociedad en general, que contribuya a prevenir y plantear alternativas de solución a los problemas que enfrentan jóvenes, mujeres y adultos mayores; además de iniciarlos en la docencia y la investigación” (Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México [ENTS-UNAM], 2003).
Maestría en Trabajo Social.	Cuatro semestres	“Formar maestros y maestras en Trabajo Social con una amplia y sólida preparación, que con riguroso manejo teórico-metodológico intervengan en los problemas de carácter social con una actitud analítica, crítica y ética, así como desarrollar en ellos una alta capacidad para el ejercicio académico y/o profesional e iniciarlos en la investigación aplicada” (Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México [ENTS-UNAM], 2016).
Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social.	Ocho semestres	“Desarrollar en los estudiantes la competencia para conducir de manera independiente investigaciones originales y trabajos aplicados que contribuyan a ampliar el conocimiento en el campo de las políticas sociales” (Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León, [UANL], 2003).

Fuente: Elaboración propia con base en información de planes de estudio de los niveles: técnico, licenciatura, maestría y doctorado de la carrera de Trabajo Social.

Los niveles de formación señalados han permitido la inserción de los trabajadores sociales en escenarios donde existe una estrecha relación con poblaciones de alta vulnerabilidad: mujeres violentadas, indígenas, refugiados, personas con VIH/SIDA, de preferencia sexual distinta a la heterosexual, con alguna enfermedad mental, individuos con discapacidad, migrantes, jornaleros agrícolas, desplazados internos y adultos mayores (Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH, 2016]). Interviniendo de forma interdisciplinaria con otros grupos de profesionistas como médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos y antropólogos sociales.

Su campo de inserción profesional no se reduce solo en ámbitos tradicionales como salud, educación y penitenciarias, sino también se da una incorporación de su perfil en Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), áreas de medio ambiente, empresariales, promoción social y situaciones de riesgo y/o desastre.

Por lo tanto, estamos ante una práctica compleja, que puede ser analizada desde varias aristas, en este caso se realizó a partir de la edificación de universos simbólicos basados en ideas, creencias, opiniones, conocimientos e imágenes sobre la práctica profesional de trabajadores sociales, que es de importancia interpretar a través de las siguientes preguntas: ¿qué se piensa de la práctica profesional de los trabajadores sociales?, ¿cuáles son las creencias, informaciones y opiniones que se tienen sobre la práctica?, ¿qué actitud se muestra hacia ellos?, y ¿qué imagen se tiene de este grupo? Para aproximarse a responder estas primeras interrogantes sobre el objeto fue indispensable centrar la discusión en un escenario de gran tradición, el de la salud, en particular hablar del vínculo edificado entre médicos y trabajadores sociales que ha facultado la construcción de saberes sociales. En estos escenarios de alta jerarquía, el personal médico se ha consolidado como un grupo de poder, hegemonía, y alta valoración debido a la centralidad de su práctica en procesos de salud-enfermedad, lugar que les han permitido configurar una relación de autoridad frente a otros profesionales de este ámbito, quienes han tenido que apegar a sus exigencias para cubrir con los estándares de eficiencia que demandan los servicios sanitarios.

1.4 La relación profesional entre médicos y trabajadores sociales en el ámbito hospitalario

De acuerdo con autores como Elliot (1974), Freidson (1978) y Tenti (1989), las profesiones han sido clasificadas en fuertes o débiles a partir de sus bases de conocimiento científico, objetivos, actividades y roles. En la contemporaneidad, Aguayo (2006) las nombra desde dos tipos: eruditas, doctas o científicas y prácticas o de consulta, diferenciándolas por sus opciones

valorativas, políticas, técnicas y metodológicas.

Dentro de las carreras eruditas, doctas o científicas se encuentran: medicina, derecho e ingeniería; sus prácticas profesionales han gozado de un alto prestigio social, debido a su amplia formación intelectual, competencias técnicas, campos de conocimiento y especialidad funcional. Las profesiones prácticas o de consulta están integradas por: trabajo social, enfermería y el profesorado, ubicadas en espacios sociales e institucionales, pero sin el suficiente reconocimiento jurídico, económico y político.

En la investigación propuesta se involucraron dos profesiones que constituyen ambos grupos, medicina y trabajo social. Si bien fueron pocas las investigaciones localizadas que estudiaron su relación profesional, en *Acerca de las representaciones sociales de la intervención del trabajador social. Así como nos miran, ¿nosotros miramos?*, Rosacher (2015) analiza las representaciones sociales que los profesionales del equipo sanitario (médicos, psicólogos y trabajadores sociales) del “Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Argentina” mantienen respecto de la intervención profesional del trabajador social. En tanto los médicos vinculan a este profesionista con la perspectiva de derechos al reconocer su aporte en el abordaje y control de situaciones familiares; por eso no le otorgan ninguna connotación negativa a su función, al considerarlos como necesarios dentro de los servicios hospitalarios.

Por su parte, en *Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar*, Molinerí et al. (2009) describe las representaciones sociales sobre las prácticas de los profesionales de los equipos de salud escolar (psicología, fonoaudiología, traumatología, psicopedagogía y trabajo social) y la relación entre éstas y su quehacer cotidiano. Concluye que existen diversas tensiones expresadas en las prácticas de los profesionales, que interfieren en la posibilidad de encontrar la articulación entre sus ejercicios y las necesidades de la comunidad.

Por su parte, Vázquez (1971) realiza un análisis a través de una encuesta en torno a la *Situación del Servicio Social en España*, donde se observa que entre psicólogos, abogados y médicos, estos últimos son quienes mejor valoraron la labor de los trabajadores sociales, al considerar que la formación recibida en las Escuelas de Servicio Social es favorable.

Ahora bien, el encuentro entre las prácticas de médicos y trabajadores sociales tiene como escenario principal: los hospitales, lo que lleva necesariamente a un vínculo o relación entre ellas. Las particularidades que las han diferenciado están en la capacidad desarrollada por sus

profesionistas para lograr la satisfacción de necesidades prioritarias de la sociedad; su identidad que manifiestan es el resultado de sus formas de socialización, inclusión, tipos de acción, procesos de asociación y modelos de movilidad, mismas que permiten identificar sus maneras de interrelación con la población.

Para esbozar su confluencia es necesario presentar una aproximación hacia aquellas prácticas que han generado sus puntos de encuentro, a fin de responder cuál ha sido su relación y cómo se ha configurado. En virtud de ello, son diversos los antecedentes en el contexto internacional que legitiman la vinculación entre médicos y trabajadores sociales, cuya recuperación no es una tarea sencilla por lo que enseguida se presenta un breve esbozo de algunos de ellos.

Richmond (1917) señala que el primero en destacar la importancia de contar con trabajadores sociales en el ámbito sanitario fue un médico (Richard Clarke Cabot), quien los reconoce como parte de la organización médica porque proporcionaban datos de gran utilidad sobre el entorno social de los pacientes. Lo anterior es reafirmado por Munuera y Hernández (2010, p. 37), al señalar que el servicio médico-social debe su origen al Dr. Cabot, quien en 1905 en la sección externa del Hospital General de Massachusetts de Boston, establece el primer departamento de servicios sociales integrado por trabajadores sociales que participaron como miembros del equipo de salud. Cabe mencionar que los médicos no solo tuvieron influencia en el reconocimiento laboral de la profesión, también jugaron un papel importante en el desarrollo de la teoría llamada “Trabajo Social Médico”, debido a que los métodos, técnicas y terminologías utilizados por estos profesionistas eran desde el enfoque médico.

De acuerdo con Osler (2011), Munuera y Hernández (2010), el trabajo social tiene una relación histórica con las instituciones de salud, lo que la ha llevado a vincularse con la medicina. Esta ciencia ha estado relacionada con las condiciones sociales desde finales del siglo XIX, sobre todo cuando se planteó el concepto de “medicina social”, el cual pone acento en la relación entre las condiciones sociales y la enfermedad, llevando a considerar el punto de vista social en la forma de abordar los problemas de salud. La vinculación mencionada ya era identificada desde hace más de un siglo por Richmond (1917), quien señaló que los malestares experimentados por los clientes no pueden tratarse sin considerar el contexto social.

Otro de los precedentes que marca un hito en la relación profesional de médicos y trabajadores sociales, surgió en el año 1946, cuando se redefinió el término salud, emitido por la

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), entidad que lo ha conceptualizado como “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este reajuste marcó una pauta relevante en la concepción de nuevos paradigmas que detonaron nuevas rutas de trabajo entre los profesionistas, porque la salud no es un patrimonio exclusivo de la ciencia médica. La reformulación señalada encaminó una nueva reorganización de los sistemas sanitarios basada en la atención integral de las áreas biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes, dando inicio a la configuración de un trabajo interdisciplinario que involucraría principalmente a medicina, enfermería, psicología y trabajo social. Este hecho favoreció a esta última en el replanteamiento de su práctica que, desde sus inicios, ha buscado convertirse en un personal indispensable de las instituciones de salud que proporciona a los médicos datos de gran valor e interés sobre los factores sociales que afectan a los pacientes. Es por ello, que la coyuntura descrita tuvo impacto en una mayor inserción laboral de los trabajadores sociales en este ámbito, cuyo efecto se percibe en la distribución de su perfil en las diferentes unidades médicas que conforman estas instituciones como son: áreas de consulta externa, medicina interna, ginecología, urgencias médicas, pediatría, oncología, patología, banco de sangre y atención ciudadana, entre otras, lugares que han delineado su encuentro con el personal médico.

En el caso de México, su nexos con el médico tiene como precedente los inicios del proceso de profesionalización del trabajo social en el año 1938, etapa en la que sus primeras actividades estuvieron dirigidas a proporcionar servicios de asistencia social para proveer de apoyo emocional a los enfermos y minusválidos, que atravesaban una situación de carencia como consecuencia de la transición hacia un modelo capitalista.

Frente a la complejidad de los problemas sociales de ese periodo (falta de empleo, pobreza, enfermedades, entre otras), fueron los abogados y los médicos quienes, al ocupar lugares decisivos en las primeras instituciones creadas por el Estado, plantearon la necesidad de contar con personal de apoyo y que éstos fueran capacitados para enfrentar las situaciones emergentes derivadas del contexto. De acuerdo con Valero (1994), en respuesta a esta petición se crearon cursos dirigidos a la capacitación del personal, uno de ellos el impartido por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y Gobernación; hecho que marcó para trabajo social un antecedente de relevancia que dio pauta a la elaboración de su primer plan de estudios.

La primera malla curricular de trabajo social fue a nivel técnico y estuvo orientada a “...asignar funciones micro sociales auxiliares, complementarias o subalternas, capacitando técnica y manualmente en las áreas de economía doméstica-familiar y de la salud, dejando de lado la posibilidad de incidir técnicamente en los ámbitos macro sociales o comunitarios, relacionados íntimamente con las actividades socio-educativas” (Evangelista, 1998, p. 75). Se cursaba en tres años y tenía una fuerte inclinación hacia la preparación de un personal técnico-auxiliar de profesiones como derecho y medicina, al dominar principalmente asignaturas que recuperaban aspectos legales y de la salud.

De acuerdo con Banda (2009), el campo de trabajo social se ha colocado como consumidor del conocimiento teórico de varias disciplinas entre ellas sociología, psicología y medicina, situándose en el ámbito de las ciencias sociales como una profesión aplicada y práctica con un saber empírico que poco se ha preocupado por la construcción de sus conocimientos científicos. De allí que no resulte extraño el lugar auxiliar que ha ocupado en estas instituciones, pues desde sus orígenes eran considerados los brazos extendidos y ojos prolongados de los médicos, al basarse su práctica en la realización de vistas domiciliarias para dar seguimiento al buen cumplimiento del tratamiento prescrito por éstos.

En el campo de la salud, la relación entre trabajadores sociales y médicos se da en los tres niveles de atención, al integrarse en un tratamiento integral para el paciente. Estrechándose su vínculo profesional a partir de la complejidad de las problemáticas que presentan los usuarios.

El primer nivel de salud resuelve el 80% de los padecimientos, remitiendo los no solucionados al segundo y tercero. Aquí se desarrollan principalmente acciones de contacto inicial o preventivas basadas en el modelo de medicina familiar (promoción, educación, protección específica y atención a los enfermos); la confluencia de las prácticas se da en función del caso, desplegando funciones y responsabilidades en trabajo social como: localización de familiares, visitas domiciliarias, canalizaciones, obtención de recursos, intervención en crisis y otras.

Tanto en el segundo y tercer nivel hay poca variabilidad en su conceptualización al estar integrados por hospitales de alta tecnología e institutos especializados que brindan servicios de internación. Presentan mayor infraestructura para la atención a los pacientes al contar con especialidades como: medicina interna, pediatría, cirugía general, geriatría, oftalmología, radiología, oncología, patología y otras. Aquí la relación entre médicos y trabajadores sociales,

presenta mayor consistencia a diferencia del primer nivel, ya que requiere de una vigilancia más específica del equipo interdisciplinario debido al deterioro en la salud de los usuarios. El nexo entre ambas profesiones, de acuerdo con el *Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas*, puede ser resumido en cuatro procesos sustantivos:

1) La investigación sociomédica: Los trabajadores sociales elaboran protocolos que ponen a discusión con el personal médico. En ellos, estudian los factores sociales que influyen en los procesos de salud-enfermedad; su análisis sirve como elemento fundamental para valorar las condiciones sociales en las que se encuentran los pacientes al recibir sus tratamientos.

2) Educación para la salud: En colaboración con médicos y equipos multidisciplinarios, los trabajadores sociales participan en procesos de enseñanza-aprendizaje sobre temas de salubridad, orientando al paciente con información acerca de la elección y mantenimiento de prácticas saludables para el cuidado de su salud.

3) Reintegración de pacientes a control médico: el trabajador social tiene un papel importante en la reincorporación de los pacientes que han abandonado el tratamiento prescrito por los médicos y que requieren atención prioritaria; se encarga de localizarlos vía telefónica o realiza una visita domiciliaria para identificar la causa del abandono y ofrecerles nuevas alternativas.

4) Apoyo social hacia los pacientes y su familia: a partir del diagnóstico médico, el trabajador social brinda atención directa a los pacientes y a sus familias, dentro del marco institucional donde se desarrolla su actividad profesional, al proporcionarles asesoría y contención ante situaciones difíciles. Asimismo, informa sobre los procedimientos para realizar diversos trámites en el hospital como: pagos, altas, defunciones y otros servicios.

Por lo tanto, los intercambios generados entre médicos y trabajadores sociales se dan a partir de las situaciones enfrentadas, en las que intervienen diversas variables las cuales implican una serie de retos, desórdenes, dilemas e incertidumbres, que no permiten estandarizar las prácticas por más rutinarias que parezcan (Campillo et al., 2011). Sus ejercicios frente a la complejidad de las problemáticas de salud que viven los pacientes, se encuentran en la vida cotidiana del hospital, lo que permite la construcción de lazos profesionales que configuran universos simbólicos.

Su campo de inserción profesional no se reduce solo en ámbitos tradicionales como salud, educación y penitenciarias, sino también se da una incorporación de su perfil en Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), áreas de medio ambiente, empresariales, promoción social y situaciones de riesgo y/o desastre.

Para develar los conocimientos de sentido común construidos por los médicos sobre los trabajadores sociales, fue necesario encontrar una teoría que permitiera abordar el pensamiento social sobre una de las variables que dan origen a las profesiones: la práctica profesional desarrollada en escenarios de interacción con el despliegue de un conjunto de informaciones, conocimientos y creencias, donde se entranan una red de significaciones que admiten su identificación y validación para ocupar un segmento laboral.

Con el fin de explicar con mayor profundidad los aspectos descritos, se destinó un capítulo que presenta una aproximación al referente teórico elegido, correspondiente a la perspectiva de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Su elección se fundamentó en la delimitación del objeto de estudio donde se brindó centralidad al pensamiento social de los médicos. Esta perspectiva es una de las opciones teóricas y metodológicas que en la última década ha despertado un marcado interés en el campo de la investigación educativa, porque facilita un acercamiento al entorno social, conducta, interacciones y prácticas desde un punto de vista socioeducativo.

El referente teórico de las representaciones sociales juega un papel medular en el desarrollo de esta investigación, al conducirla teórica y metodológicamente dentro de un camino que entrama complejas redes de significaciones, descritas en las anteriores páginas. Por tanto, en el siguiente capítulo se seleccionaron los marcos explicativos gracias a los cuales se realizó un abordaje teórico del objeto.

2. LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES COMO FUNDAMENTO PARA EL ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La temática de todo lo que yo he hecho gira alrededor del problema del cambio social, y la teoría de las representaciones es también una teoría del cambio social. Partí del problema de la transformación del conocimiento científico en conocimiento de sentido común, porque esa transformación se ha vuelto problemática en nuestras sociedades modernas, sobre todo a partir de los años veinte con la aparición de teorías que no iban a ser fácilmente transformables en conocimiento de sentido común, incluso la teoría de la relatividad.

Serge Moscovici

Destinar un capítulo al planteamiento de la teoría de las representaciones sociales resultó pertinente por constituirse en el principal basamento teórico y metodológico desde el cual se miró al objeto de representación: la práctica profesional de los trabajadores sociales. La finalidad radicó en mostrar una aproximación hacia algunas conceptualizaciones y discusiones que teóricos e investigadores han desarrollado sobre este campo del conocimiento; considerado uno de los más fecundos por la cantidad de estudios sobre representaciones sociales cimentados específicamente en objetos educativos.

Para la construcción de este capítulo se tomó como punto de partida la obra principal de Moscovici (1979), *El psicoanálisis, su imagen y su público*, así como los trabajos generados por sus seguidores más cercanos: Jodelet (1984), Herzlich (1975), sin descartar los aportes realizados por Abric (2001), Doise (1985)⁸, quienes a pesar de estar catalogados en escuelas distintas a la de Moscovici, brindan aportaciones sustanciales que han contribuido con la delimitación de este campo. Adicional a estos planteamientos clásicos se recuperaron las visiones de algunos de sus intérpretes, principalmente procedentes de Europa como Rateau, (2016), Rouquette (2011), Marková (2008); los cuales han realizado trabajos contemporáneos sobre los fundamentos epistemológicos y metodológicos que sustentan esta teoría.

El análisis de dichas investigaciones y ensayos orientaron las suposiciones que integraron este capítulo que fue dividido en cuatro tópicos: el punto de partida; la noción de representaciones sociales; las dimensiones de la representación social como ejes de análisis;

⁸ La selección de teóricos fue con base en la revisión de algunas de las obras de Moscovici (1993, 1985, 1975) *Introducción a la Psicología Social; Psicología Social, I; Psicología Social, II*, considerados como manuales clásicos de la Psicología Social. Para la formulación de estos textos, el autor recurre a renombrados especialistas con los que comparte presupuestos para desarrollar cada uno de los temas, entre ellos el de las representaciones sociales.

formación de las representaciones sociales; y finalmente el papel de las representaciones sociales en el estudio de la práctica profesional de los trabajadores sociales. Apartados contruidos desde la lógica que demandó el objeto de representación, focalizando en aquellos conceptos y premisas que resultaron un marco de gran utilidad para alcanzar los fines que la investigación persigue.

2.1 El punto de partida: aproximación a los antecedentes

La teoría de las representaciones sociales fue acuñada por el filósofo de la ciencia, de origen rumano, Serge Moscovici, a través de su tesis doctoral *La psychanalyse, son image, son public*, trabajo dirigido por el psicoanalista Daniel Lagache, y difundido como libro por la University Presses of France en 1961. Su versión titulada en castellano *El psicoanálisis su imagen y su público*, fue divulgada en Latinoamérica hasta 1979 por la editorial Huemul de Buenos Aires, Argentina.

La tesis de Moscovici surgió durante la segunda oleada de posicionamientos psicoanalíticos posteriores a la Segunda Guerra Mundial, provocando malestar principalmente entre los psicoanalistas, quienes consideraron poco apropiado tomar como objeto de estudio el psicoanálisis y situarlo en la sociedad. Las resistencias se debieron a que el modelo predominante para la comprensión de los fenómenos sociales estaba basado en la racionalidad positivista, que consideraba a todo hecho social como sujeto de comprobación a través de procesos de observación y experimentación fundados en el método científico. Por lo tanto, la investigación realizada por Moscovici era diferente para su tiempo, al proponer un estudio sobre el sentido común, objeto que no era digno de ser estudiado por catalogarse como un pensamiento inferior, ordinario, instintivo y convencional. Sin embargo, a partir de la reivindicación de las ciencias sociales en su estatus epistemológico, se comenzaron a vislumbrar algunas transformaciones paradigmáticas que generaron rupturas con la tradición de la filosofía positivista imperantes a inicios de los años cuarenta y finales de los años sesenta en Europa, gestándose un cambio entre las relaciones de la filosofía de la ciencia y la ciencia en lo cotidiano.

En este contexto, surge la tesis de Moscovici, de la cual se desprende la noción de “representaciones sociales”, cuya principal influencia teórica está en la propuesta de representaciones colectivas, término introducido por Durkheim (2001, p. 23) a través de *Las reglas del método sociológico*, donde se definen como:

...la manera en que el grupo se piensa en sus relaciones con los objetos que lo afectan. Ahora bien, el grupo está constituido de otra manera que el individuo, son de otra naturaleza. Por ello no

podrían depender de las mismas causas o representaciones que no expresan ni los mismos temas ni los mismos objetos. Para comprender cómo la sociedad se representa a sí misma y al mundo que la rodea, es necesario considerar la naturaleza de la sociedad y no la de los individuos particulares. Los símbolos bajo los cuales se piensa cambian según ella es.

Si bien esta conceptualización ha sido un punto de partida para la fundamentación de la teoría de las representaciones sociales, Rouquette (2011) identificó dos diferencias principales entre ambas nociones. La primera describe a las representaciones colectivas como una forma de conciencia que la sociedad impone a los individuos, mientras que las representaciones sociales son generadas por los sujetos. La segunda alude a que las representaciones colectivas son una reproducción de la idea social, en tanto que las representaciones sociales son concebidas como una producción y elaboración de carácter social.

Desde el rescate del concepto de representaciones colectivas en la obra Moscovici, han transcurrido más de cincuenta años, llevando a esta teoría a convertirse en un campo de reflexión de la Psicología Social y de otras disciplinas afines. Durante este periodo, distintos investigadores como: Rouquette (2011), Marková (2008) y Rodríguez (2003), han examinado las bases que la sustentan, generando críticas y cuestionamientos vinculados con su estatus teórico, de la noción y potencial para explicar la relación entre lo social e individual. Asimismo, otros trabajos como el de Mireles (2011) evidencian algunas de sus ventajas, por ejemplo: su condición interdisciplinaria, riqueza conceptual y posibilidad de combinar diferentes recursos metodológicos procedentes de la Psicología, Sociología, Antropología, Lingüística e Historia, entre otras. En ese sentido, en la última década en Estados Unidos, América Latina y Europa se han desarrollado una serie de trabajos que incorporan esta teoría en el análisis de diversos fenómenos, destacando las posibilidades que brinda para abordar el pensamiento cotidiano desde sus procesos y contenidos. Su uso ha permitido recuperar las producciones simbólicas, prácticas, expresiones, lenguaje y conocimiento socialmente elaborado que facilita a los sujetos y grupos explicar el mundo que los rodea.

Particularmente las investigaciones mexicanas sobre representaciones sociales del campo educativo emergieron tardíamente, a mediados de los años noventa debido a la predominancia del paradigma positivista (Piña, 2004). El uso de esta teoría ha ofrecido a los investigadores una serie de herramientas conceptuales y metodológicas para el estudio de problemas concretos, según Cuevas y Mireles (2016), las prácticas docentes, la política educativa y la formación e identidad profesional, son los objetos de representación más estudiados, los cuales han sido examinados

desde la voz de diversos grupos (profesionistas, estudiantes, directivos y empleadores), al enfatizar en el análisis de los contextos y prácticas vinculadas con el objeto.

Los antecedentes referidos han sentado las bases para la construcción de una noción difícil de ser conceptualizada, a pesar de utilizarse reiterativamente en las ciencias sociales. El impedimento estriba en que las representaciones sociales son un concepto complejo y polifacético que produce una encrucijada entre dos disciplinas: Psicología Social y Sociología, lo que ha generado una dispersión argumentativa basada en el énfasis brindado a las dimensiones culturales o las estructuras cognitivas.

2.2 La noción de representaciones sociales

Moscovici (1979, p. 27), en el capítulo I de su libro *La representación social: un concepto perdido*, advertía sobre el problema de definir esta noción, al señalar que, si bien resulta fácil captarlas por ser entidades casi tangibles que “circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro”, el concepto no lo es.

Para lograr una aproximación a la comprensión del concepto, fue necesario diseccionar ambos vocablos, iniciando con la palabra representación. De acuerdo con RAE (2014), el término representación proviene del latín *representatio* y significa ‘hacer presente algo con palabras o figuras que la imaginación retiene’, es decir, es un acto de repensar, reexperimentar y rehacer, palabras que refieren un pensamiento capaz de generar complejas asociaciones. Lo expresado permite identificar el acto de representar como una reconstrucción, producto de recuerdos y experiencias que involucran afectividades investidas por cargas emocionales. En palabras de Moscovici (1979, p. 39) y desde el contexto de su teoría esta palabra establece comunicación con la percepción, ya que “representar una cosa, un estado, no es simplemente desdoblarlo, repetirlo o reproducirlo, es reconstruirlo, retocarlo, cambiarle el texto”.

Un segundo vocablo que integra la noción corresponde a la palabra social, cuya relevancia fue captada por Moscovici (1979) al destinar un apartado de su libro para responder la pregunta: ¿en qué sentido es social una representación? Argumenta que al ser producidas y engendradas colectivamente se convierten en sociales, pues condensan una reflexión grupal que puede ser directa, diversificada y difusa. La participación de lo social en la vida cotidiana de los sujetos contribuye al proceso de formación de conductas y a la orientación de las comunicaciones,

elementos que acentúan la necesidad de estudiar las circunstancias que las producen y las entidades que reflejan.

El término social ha adquirido diferentes significados que remiten a un proceso de agrupación, convivencia e interacción dentro de un contexto específico. Lo social permite al sujeto actuar desde un marco de interacciones, creencias, intercambios y valores basados en estructuras de relevancia que le ayudan a comprender el mundo que le rodea. Por lo tanto, a las representaciones se les puede atribuir esta denominación desde un doble sentido “como elaboración compartida junto con las personas cercanas y los contemporáneos y como significado de una acción, un acontecimiento o un bien cultural” (Piña, 2004, p. 32).

Después del acercamiento realizado para la comprensión del término, es momento de identificar en la obra original de Moscovici (1979, p. 18) una de las primeras definiciones que ofrece sobre representaciones sociales: “...es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación”. Además de ser retomada en una importante número de estudios de representaciones sociales, esta conceptualización, ha sido un punto de partida para la generación de diversas interpretaciones por parte de los seguidores de esta teoría como: Abric, 2001; Doise, 1985; Jodelet, 1984; Herzlich, 1975; obteniendo gran notoriedad los trabajos realizados por Jodelet⁹, quien fuera alumna y colaboradora más cercana de Moscovici, en la definición que brinda refiere las representaciones sociales como:

...una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos se manifiestan en la operación de procesos generativos y funciones socialmente caracterizadas. En un sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social.

Las representaciones sociales constituyen modalidades del pensamiento práctico, orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica (Jodelet, 1984, p. 474).

En la explicación descrita se toma el sentido común como principal vía de identificación de las representaciones sociales, al que Moscovici (1979) precisa como un conocimiento práctico, autónomo y diferente al científico, determinado por una realidad social construida dentro de los límites de la cultura, permitiéndoles a los sujetos poder enfrentarla. Por lo tanto, es una forma humana de percibir el mundo, su especificidad se encuentra en el proceso social a través del cual

⁹ Se retomó la definición de Jodelet (1984), ya que de acuerdo con Wagner y Elejabarrieta (1994), es quien probablemente ha logrado construir una definición más sistemática y consensuada dentro del campo.

los hombres hacen inteligible una realidad. En concordancia, Jodelet (1984, p. 473) lo refiere como aquél que “...se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social”.

Por su parte, Rateau (2016, p. 498) enfatiza en la complejidad de la noción al describirla desde dos sentidos: “por un lado, en cuanto a que se constituye por innumerables situaciones, por una multitud de acontecimientos y por una multiplicidad de individuos y grupos; por otro lado, porque se nos pide, durante nuestras interacciones cotidianas, que tomemos decisiones, que nos pronunciemos sobre tal o cual tema, o aún, que expliquemos tal o cual comportamiento”. La cita ilustra que este pensamiento no puede ser considerado como homogéneo al estar influido por factores sociales como: el sexo, la región geográfica, el nivel socioeconómico y educativo, entre otros, que son generadores de esquemas y líneas de demarcación de identidades e interacciones sociales.

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

La Psicología Social es una de las principales disciplinas que estudian el sentido común. De acuerdo con Wagner y Elejabarrieta (1994), esta modalidad de pensamiento integra contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que juegan un papel crucial en la forma en cómo los sujetos organizan sus universos de opinión que pueden analizarse a través de las dimensiones de las representaciones sociales.

2.3 Las dimensiones de la representación social como ejes de análisis

Las representaciones sociales designan a la vez un proceso y un contenido integrado por opiniones, conocimientos, creencias propias de una cultura en relación a objetos del medio social (Moscovici, 1979). Los sistemas mencionados han sido utilizados por algunos investigadores de forma indistinta, estableciéndose fronteras poco claras entre lo que opino, sé y creo; por consiguiente, fue pertinente generar límites conceptuales en cada uno, ya que las opiniones corresponden al ámbito de las posturas, los conocimientos al dominio del saber o de la experiencia, y las creencias a las convicciones (Rateau, 2016).

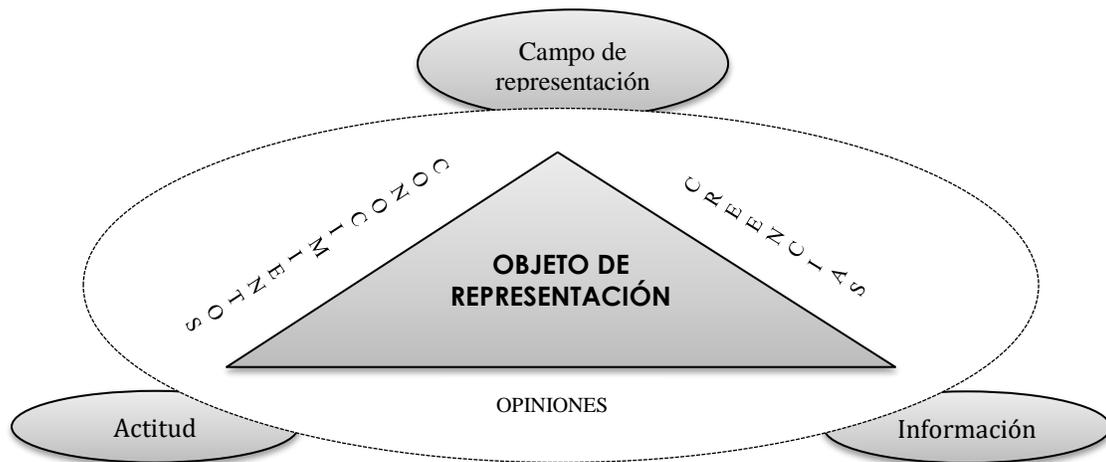
Una vía para tener clara esta distinción son las dimensiones de las representaciones sociales, propuesta de Moscovici (1979, p. 45) que integra la información, actitud y campo de representación. De acuerdo con éste “se organizan de maneras diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos como clases, culturas o grupos existentes. Cada universo, según nuestra hipótesis tiene tres dimensiones, la actitud, la información y el campo de representación o la imagen”. Éstas han sido utilizadas en distinto orden por los investigadores para analizar las representaciones sociales de diferentes objetos sociales, así, Mireles (2016), Reyes (2009) y Mercado (2002) los usan como una posibilidad didáctica, operativa y metodológica para identificar la naturaleza de los elementos constitutivos.

La información es definida como una “-dimensión o concepto- que se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un (objeto social)” (Moscovici, 1975, p. 45). En referencia al estudio planteado, posibilita anticipar el nivel de significatividad que puede generar la práctica profesional de los trabajadores sociales. Por lo tanto, es importante explorar en la relación laboral del médico con el trabajador social para identificar las fuentes de información que utiliza para representar este objeto.

El campo de representación “es la noción más compleja, expresa la idea de la organización del contenido: hay campo de representación allí donde hay una unidad jerarquizada de los elementos, pero también el carácter más o menos rico de este contenido, las propiedades propiamente cualitativas, imaginativas de la representación” (Herzlich, 1975, p. 400). Este universo supone la idea de modelo social y contenido concreto, referido a un aspecto preciso del objeto de la representación que constituye un espacio articulado para contextualizar y describir la jerarquización de elementos que quedan concretamente integrados a esquemas figurativos. A través de esta dimensión, se buscó analizar la imagen que tienen los médicos sobre la práctica profesional de trabajadores sociales.

La actitud es considerada como la más frecuente de las anteriores y, quizá primera desde el punto de vista genético, así la información sea reducida o exista un campo de representación poco organizado, se debe a que hay información previa y representamos una cosa después de haber tomado una posición que expresa una orientación general, positiva o negativa, frente al objeto de representación (Moscovici, 1979; Herzlich, 1975). De este universo interesó recuperar las valoraciones que orientan los comportamientos y las posturas de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales (ver la Figura 2).

Figura 2.
Dimensiones de la representación social en su relación con el objeto



Fuente: Elaboración propia con base en información de Moscovici (1979).

La relevancia del uso de los universos está en evidenciar las formas en cómo se estructura el contenido de la representación y la relación entre sus dimensiones, su funcionalidad reside en la posibilidad de realizar estudios comparativos (Herzlich, 1975). Si bien esta investigación no persiguió tal finalidad, debe considerarse que al buscar develar las representaciones sociales de médicos de base y residentes, puede aparecer una diferenciación que brinde elementos de análisis sobre las representaciones de un grupo y otro.

Aunque se reconoce, la utilidad de esta triada en investigaciones sociogenéticas, Wagner y Elejabarrieta (1994) aclaran que las representaciones sociales no poseen estas tres dimensiones, ni tampoco este planteamiento corresponde a una modelización teórica. Es por ello, que fueron utilizadas como una posibilidad operativa que accedió a detectar información, estructura, tendencia evaluativa y contenidos concretos.

2.4 Elementos en la formación de representaciones sociales

Al emerger de la vida cotidiana, las representaciones sociales refieren amplias y variadas fuentes de determinación que describen la importancia de las dinámicas sociales en la generación de conocimientos de sentido común. Dada su relevancia fue necesario analizar el proceso de formación y funcionamiento de las mismas; por consiguiente, se estudió la participación del contexto en el entramado de relaciones y situaciones sociales.

El espacio donde se concentra y organiza el sentido común correspondió a los hospitales, donde hay quienes ocupan posiciones dominantes y dominadas, cuya jerarquización y orden al interior de las instituciones dependen del capital económico, social, científico y cultural que han edificado las profesiones de los equipos de salud.

Los hospitales son espacios dinámicos y relacionales donde se constituyen encuentros que dan sentido a pensamientos, afectos y acciones, gestándose procesos de comprensión, interpretación y organización de las representaciones sociales. Los aspectos señalados son explicados por Moscovici (1979), mediante dos procesos: objetivación y anclaje, que describen cómo lo social se transforma en conocimiento práctico y funcional que permite el desenvolvimiento del sujeto.

La objetivación es definida como un mecanismo que estudia la forma en que un concepto abstracto establece relación entre imágenes, palabras y cosas, convirtiéndose en un término concreto. En la vida cotidiana de los hospitales se utilizan continuamente expresiones que no poseen una realidad específica, ni tangible, por ejemplo, salud y enfermedad; sin embargo, en este contexto diariamente se emplean y se habla de ellas con familiaridad. A este proceso donde lo invisible se convierte en perceptible se le llama objetivación (Wagner y Elejabarrieta, 1994).

En palabras de Moscovici (1979), este mecanismo tiene la función de “llevar a hacer real un esquema conceptual”, es decir, transformar lo extraño en un conocimiento social, y materializar las significaciones para incluirlas dentro de las conversaciones cotidianas, como se refiere en la siguiente cita:

Naturalizar, clasificar, son dos operaciones esenciales de la objetivación. Una convierte en real al símbolo, la otra da a la realidad un aspecto simbólico. Una enriquece la gama de seres atribuidos a la persona (y en este sentido se puede decir que las imágenes participan en nuestro desarrollo), la otra separa algunos de estos seres de sus atributos para poder conservarlos en un cuadro general de acuerdo con el sistema de referencia que la sociedad instituye (Moscovici, 1979, p. 77).

En concordancia, Jodelet (1984, pp. 481-483) define la objetivación “...como una operación formadora de imagen y estructurante. La representación permite intercambiar percepción y concepto. Al poner en imágenes las nociones abstractas de una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras, da cuerpo a esquemas conceptuales”. Asimismo, refiere que el proceso de objetivación se lleva a través de tres fases:

- 1) Selección y descontextualización de los elementos de la teoría. Las informaciones que circulan sobre el objeto serán escogidas de manera distinta por los grupos en función de sus criterios culturales y normativos.

- 2) Formación de un núcleo figurativo. A partir de la configuración de una imagen sobre el objeto, se produce de manera visible una estructura conceptual.
- 3) Naturalización. Se construyen imágenes, figuras y componentes de pensamiento, que se convierten en elementos de realidad dotados de sentido.

Lo señalado sirve de marco para comprender los procesos de objetivación que orientan percepciones y juicios en una realidad socialmente construida a través de un lenguaje integrado por complejos sistemas de elaboración y relación atravesados por universos ideológicos, simbólicos e imaginarios, generados a partir de las interacciones, donde no existe la posibilidad de hablar con rigurosidad discursiva por los factores que emergen del contexto.

Para estudiar el proceso de objetivación, es necesario identificar aquellos elementos que detonan la generación de representaciones sociales mediante el discurso de los sujetos, lo que permitirá comprender el sentido de sus acciones. Los encuentros generados entre sujeto y objeto establecen vínculos de comunicación que conceptualizan elementos abstractos de forma simbólica e imaginaria que ocurren en la vida cotidiana. Esta concretización tiene de telón de fondo: las informaciones, las experiencias, los pensamientos y las opiniones; que sirven como el medio para reducir la incertidumbre frente a los acontecimientos desconocidos.

El segundo proceso que permite la formación de representaciones sociales es el anclaje, considerado por Jodelet (1984) como el más complejo en este tipo de estudios. Dicho mecanismo proporciona funcionalidad y significación social al pensamiento constituido, al dotarlo de elementos para transformar lo extraño en familiar. Su función principal es convertir códigos en representaciones que admitan comprender e interpretar los acontecimientos para actuar sobre ellos.

Para Jodelet (1984, p. 486), el anclaje significa “el enraizamiento de la representación y de su objeto. En este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y utilidad que le son conferidos”. No obstante, este mecanismo presenta similitudes con la objetivación al convertir lo extraño en tangible, actúa en una dirección distinta al incorporar lo desconocido dentro de una red de significados.

Por lo tanto, estudiar el proceso de anclaje permitirá comprender cómo un objeto de representación se integra a un marco de referencia ya preexistente y se utiliza para interpretarlo. Se puede decir que los grupos expresan sus identidades a través de los sentidos que brindan a sus representaciones, incidiendo en sus modelos de pensamiento y conducta donde ponen en acción

códigos de clasificación, categorizaciones, etiquetajes, denominaciones y procedimientos de explicación que obedecen a una lógica específica y que contribuyen a modificar de manera profunda las relaciones sociales (Jodelet, 1984).

En relación dialéctica con la objetivación, el anclaje articula tres funciones básicas de la representación: función cognitiva de integración al objeto, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales (Jodelet, 1984). Es decir, guarda estrecha relación con los actos de clasificar, nombrar, ordenar y comprender, confiriendo utilidad práctica a la articulación entre información, objeto e imagen dentro de una red de unidades significativas.

Para abreviar, la formación de las representaciones sociales se da a través de la objetivación y el anclaje. La primera refiere la elaboración de informaciones por un proceso figurativo, y el segundo al funcionamiento para interpretar la realidad. Ambos se combinan para hacer inteligible la vida cotidiana de los hospitales y muestran que toda representación social está determinada por la relación del sujeto con su grupo.

El estudio de dichos mecanismos permite comprender la interdependencia entre la actividad psicológica y el significado que los sujetos confieren a un objeto. En el caso de los profesionistas, se da al convertir el espacio de trabajo en un mundo natural e intersubjetivo donde se asume que viven experiencias significativas que configuran representaciones sociales sobre la práctica profesional.

2.5 El papel de las representaciones sociales en el estudio de las prácticas profesionales

Como se ha mencionado, la Psicología Social es una de las principales disciplinas que ha profundizado en el estudio del sentido común, lo que ha derivado en la generación de diversos dispositivos teóricos que buscan aproximarse hacia su comprensión. Uno de ellos, la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, que ofrece una manera peculiar de examinar la construcción social de la realidad.

En la última década, la teoría de las representaciones sociales ha sido utilizada de forma notable debido su carácter actual, novedoso y fructífero para el estudio de las personas en su vida cotidiana y las nociones que emplean para entender su realidad social (Cuevas, 2015). En el caso de la investigación educativa ha contribuido en el análisis del pensamiento natural de diversos sujetos y en el estudio de las prácticas que despliegan sus acciones cotidianas dentro de un

contexto cultural, político, social e institucional donde se configuran procesos educativos; siendo los objetos de representación más estudiados las prácticas, la política educativa y la formación e identidad profesional (Cuevas y Mireles, 2016).

Al hacer uso de esta teoría, se recuperó el sentido común de los médicos, mismos que tienen un peso determinante en las dinámicas de las instituciones sanitarias, por ser los profesionistas con la principal autoridad en los equipos interdisciplinarios de la salud. A quienes se les han conferido lugares de decisión, por lo que sus representaciones sociales sobre los trabajadores sociales pueden incidir en las facilidades o dificultades que puedan presentar estos últimos para su ejercicio, situación que lleva a formular la siguiente pregunta: ¿cuáles son y cómo se organizan las representaciones sociales de los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales?

Frente a este cuestionamiento, es destacable que en el proceso de revisión literaria se identificaron pocas investigaciones de representaciones sociales que recuperaran la mirada de otro grupo profesional sobre la práctica del trabajador social. Minetto y Voragini (2017), Molinerí et al., (2009), analizan las representaciones sociales que tienen los equipos interdisciplinarios sobre sus prácticas, en los que incluyen a los trabajadores sociales. Mientras que Rosacher, (2015) brindó centralidad a cómo se mira el trabajador social y la manera en que lo perciben otros grupos profesionales (ver el Apartado 1.4).

En el caso de los estudios orientados al diagnóstico y evaluación sobre la función del trabajador social realizados por Vázquez y Cid de León (2015); Cárdenas (2014); se desarrolló un análisis desde una metodología distinta a la de representaciones sociales sobre el mercado laboral, y rescataron el discurso de los empleadores sobre las habilidades, actividades y tareas que este grupo ha desarrollado en diferentes campos de actuación.

En el caso de los trabajos de Opazo (2018); Pérez et al., (2013); Martínez (2012); Pérez y Bueno (2005); Barrantes (2003); Acebedo y Ferrarós (1998); provenientes de países como México, Chile, Colombia, Argentina, Venezuela y España, son estudios que identificaron las representaciones sociales de los trabajadores sociales sobre su práctica o formación profesional, a partir de conocer cómo se definen, evalúan y refieren su especificidad, con el fin de abonar en la construcción identitaria.

En términos de resultados, Acebedo y Ferrarós (1998) mencionaron la valoración positiva que estos profesionistas tienen hacia su práctica al destacar su importancia en la relación que

configuran con las distintas poblaciones que abordan, el nexa que establecen entre comunidad e institución, las soluciones brindadas a diferentes problemáticas y el servicio masivo que proporcionan para atender demandas sociales.

En contraste, los debates sobre la práctica profesional de autores del campo de trabajo social como Kartsz (2007), Carballada (2004), Aquín (2003), están vinculados con una identidad no resuelta, falta de especificidad, amplitud de los procesos de formación, un rol de baja densidad, desestimación profesional, inmediatez y carencia de reflexividad en los servicios que proporcionan.

Ante estos planteamientos fue esencial cuestionar: ¿hasta qué punto son visibilizadas estas discusiones por otro grupo profesional de un hospital? Escenario que posibilita la generación de encuentros, desencuentros, la apropiación de sentidos, la construcción de pensamientos, afectos y acciones que permiten la comunicación para representar lo que no está presente y actuar sobre él.

En un primer momento, el estudio de las representaciones sociales demanda analizar los contextos donde se producen. En ese sentido, el hospital fue considerado como un escenario de vida cotidiana, pues de acuerdo con Berger y Luckmann (2003) en este tipo de espacios se construye un mundo que teje redes de intersubjetividad que no pueden existir sin interacción y comunicación con los otros. Por su parte, Guimelli (2001) refiere con claridad lo señalado a través de su artículo sobre *La Función de la Enfermera. Prácticas y Representaciones Sociales*, donde concluye que la evolución de sus prácticas tiene estrecha relación con el medio en el cual se desarrollan, lo que genera un efecto capital en la transformación de las representaciones sociales. Por tanto, el uso de esta teoría para el análisis de la práctica profesional, se justifica a partir de la centralidad que este referente brinda al material ofrecido por el sentido común, despreciado durante varias décadas por el paradigma dominante del positivismo al considerarlo como un objeto no digno de ser analizado. Por su parte, Jodelet (2008) ha recalcado su importancia al considerar que no existen pensamientos descarnados flotando en el aire, quienes los producen son individuos sociales, que ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida y son capaces de interiorizarlo, apropiárselo y construir representaciones que desempeñan un papel en la orientación y reorientación de sus prácticas (ver la Figura 3).

Figura 3.
Representaciones sociales y prácticas profesionales



Fuente: Elaboración propia con base en información de Guimelli (2001).

Con base en lo anterior, la principal aportación de esta investigación radicó en recuperar las representaciones sociales de un sujeto de gran autoridad en las instituciones de salud en torno a una práctica de larga historia y tradición en este campo, la de los trabajadores sociales. El análisis de la práctica demandó un estudio profundo desde distintas perspectivas, escenarios y sujetos con los que este profesionista ha establecido relación a lo largo de su historia. El hospital es un espacio cotidiano de reproducción de prácticas, lo que representó uno de los grandes desafíos de esta investigación, por lo que fue necesario seleccionar una epistemología y metodología que facultó la comprensión del sentido que este grupo profesional le brindó al objeto en cuestión.

3. EPISTEMOLOGÍA Y METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

La elección de una metodología (tanto de recolección como de análisis) es determinada, por supuesto, por consideraciones empíricas (naturaleza del objeto estudiado, tipo de población, imposiciones de la situación, etcétera) pero también y de manera fundamental por el sistema teórico que sustenta y justifica la investigación (Abric, 2001, p. 54).

El presente capítulo tiene como objetivo dar cuenta de los métodos utilizados en las distintas etapas de la investigación. Para ello, fue indispensable inscribir el objeto de estudio dentro una perspectiva epistemológica para delinear una ruta de indagación e interpretación. En ese sentido, se eligió el constructivismo que reclama un abordaje desde el pensamiento del sujeto, lo que dirigió la mirada hacia una de las escuelas de la teoría de las representaciones sociales, la sociogenética o procesualista que, según Banchs (2000) tiene dos vías de acceso al conocimiento: 1) a través de diversos modos de recolección y análisis; 2) la triangulación, que integra múltiples técnicas, teorías, e investigadores para garantizar la confiabilidad en las interpretaciones.

La posición epistemológica y metodológica fueron elementos articuladores que orientaron las aproximaciones para analizar la realidad de interés, lo que llevó al diseño de estrategias, herramientas, así como a la definición de modos de análisis para obtener información de relevancia que coadyuvará al desarrollo del estudio. Para materializar esta tarea se definió un sujeto, objeto y contexto caracterizados dentro de un referente empírico, a fin de elegir los instrumentos que permitieran recolectar datos de los participantes y develar el contenido de las representaciones sociales.

3.1 Posición epistemológica

La complejidad de los objetos de estudio, su movimiento constante, valoración de sentidos, temporalidad, región y época requieren de la generación de trabajos interdisciplinarios que brinden perspectivas integradoras para la producción de nuevos conocimientos y saberes. En la actualidad no basta el corpus de conocimientos de una sola ciencia, es necesario promover la edificación de pensamientos colectivos. Sería absurdo entender o encajonar una realidad

dinámica desde una sola ciencia por más alcances y desarrollo que ésta pueda presentar, es decir, intentar explicar toda la realidad social a través de una sola disciplina resulta restringido.

Morín (1994) reconoce que la complejidad es la incertidumbre en los sistemas organizados; por ejemplo, los objetos de estudio presentan características multidimensionales y multireferenciales, lo que exige a los investigadores la generación de pensamientos reflexivos fuera de lugares comunes. En el caso de los objetos del campo educativo, este planteamiento no es ajeno dada la complejidad de elementos que los componen: históricos, políticos, sociales, psicológicos, filosóficos, culturales y otros. Su abordaje demanda el uso de diferentes enfoques que no son exclusivos de ninguna disciplina, lo que ha interpelado a los estudiosos de diferentes campos del conocimiento.

Al respecto, las epistemologías clásicas que han direccionado la investigación educativa: el positivismo y el construccionismo, han generado cada una, por separado, concepciones dicotómicas entre el mundo de lo objetivo y subjetivo, al brindar distintas aproximaciones al conocimiento de la realidad. Pese a esta división, la perspectiva que en cierto grado ha permeado en la manera de investigar los fenómenos sociales ha sido el positivismo, configurado desde el dominio de las ciencias naturales, donde todos los hechos son sujetos de comprobación mediante procesos de observación, experimentación y manipulación, producto de un método científico. Sin embargo, a partir de los años sesenta y con la reivindicación de las ciencias sociales en su estatus epistemológico y metodológico, derivado de las crisis de los paradigmas, las orientaciones interpretativas tomaron fuerza, al anunciar otra forma de pensar, pues concebían la realidad social como un mundo de significaciones, resultado de la interacción humana.

Frente a estas perspectivas se optó por definir una posición epistemológica para este quehacer científico, dado que fungirá como una especie de lente desde el cual se observará la realidad, aspecto determinante en la manera de desarrollar el proceso investigativo.

Para delimitar la posición epistemológica se consideraron los siguientes aspectos: el objeto de estudio; el investigador y su experiencia sobre este tema; y la orientación disciplinar que brinda el campo educativo, que permitió no solo formular ciertos tipos de preguntas, sino acotar el proceso de exploración en los enfoques que han brindado su atención al sujeto y sus acciones.

En ese sentido, la visión constructivista o interpretativa concibe la realidad no como algo que está dado, sino que es socialmente construido por los sujetos y los colectivos de manera

activa, a través de representaciones que dirigen sus interacciones humanas y relaciones sociales en el mundo de la cotidianidad. Dicho lo anterior, esta epistemología determinó la manera de observar y comprender el objeto al cual se enfrentó el investigador, su materialización se reflejó en el planteamiento metodológico seguido para responder a las preguntas de investigación.

Por lo tanto, los médicos fueron concebidos como sujetos portadores de saberes, experiencias, sentidos y significados en la acción; su papel en las instituciones de salud les brinda un lugar particular y de relevancia al interior de las mismas a sus pensamientos de sentido común. La subjetividad de este grupo representó una pieza que permitió entender cómo se construye la realidad profesional en el sistema hospitalario. De acuerdo con Schutz (1993), estos conocimientos no son un simple acto de recepción de datos sensoriales, sino una creación o invención de los objetos percibidos, donde los hechos puros y simples no existen, pues son interpretados y extraídos de un contexto universal por nuestra mente.

El estudio de dichos pensamientos demanda el uso de estrategias inductivas para el análisis de las propias palabras de los médicos, habladas y escritas. El lenguaje es la materia prima a través del cual se logró una aproximación hacia las representaciones sociales. Para develarlas se requirió construir un modo de acercamiento que permitió abordar e interpretar la realidad con profundidad, a partir de una descripción detallada de hechos y contextos.

En las últimas cuatro décadas, el uso de las epistemologías interpretativas ha destacado de forma notable por permitirle a los investigadores explicar diferentes fenómenos desde una dimensión simbólica donde se insertan valores, contradicciones, reflexiones y experiencias, producto de una realidad compleja basada en una temporalidad, región y época de estudio. Al respecto, uno de los referentes teóricos y metodológicos desprendido de la Psicología Social y que actualmente es empleado en la investigación educativa para realizar abordajes desde el sujeto y sus acciones, es la teoría de las representaciones sociales de Moscovici (1971), la cual manifiesta una predilección por abordar un pensamiento natural, espontáneo e ingenuo, construido a partir de las experiencias e informaciones.

La teoría seleccionada se ha instrumentado principalmente dentro del terreno interpretativo, porque privilegia la comprensión del contexto y las prácticas sociales. Sin embargo, es un campo abierto y heterogéneo que continúa en discusión, al no haber una definición única y acabada de representaciones sociales. Situación por la cual el tratamiento de

los objetos se ha dado desde diversas posiciones metodológicas, mismas que serán presentadas en el siguiente apartado, con el fin de definir un enfoque para el desarrollo de este estudio.

3.2 Aproximaciones a los enfoques metodológicos para el estudio de las representaciones sociales

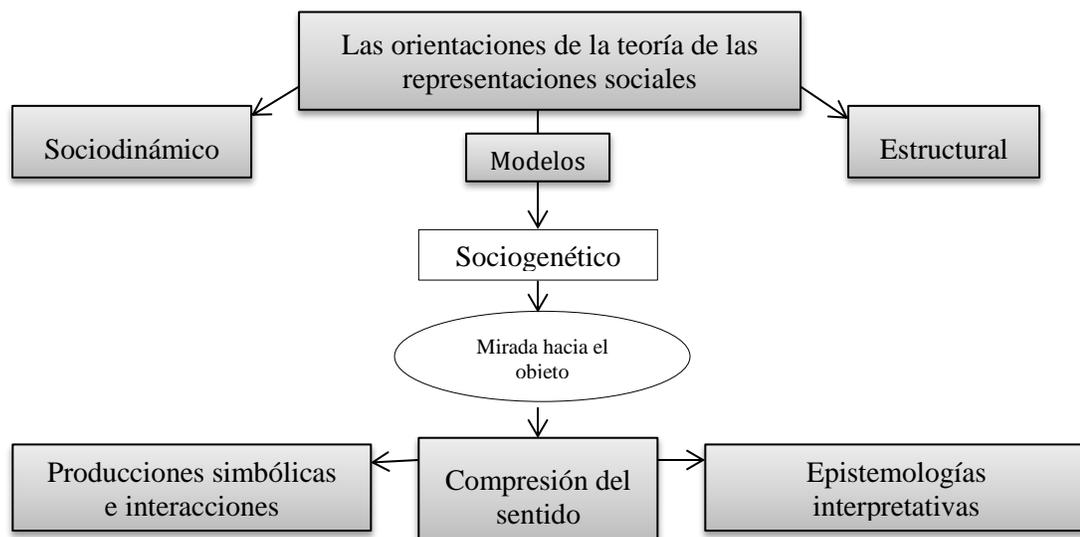
De acuerdo con Banchs (2000), la teoría de las representaciones sociales constituye una teoría y a la vez un enfoque. Esta posición permite identificar no solo su uso como un instrumento de contemplación y entendimiento de la realidad social, sino en el desarrollo de diferentes alternativas metodológicas para lograr su abordaje. Es considerada desde sus primeras versiones como una propuesta abierta a futuros desarrollos, producto de la plasticidad que ofrece la noción, hecho que ha favorecido en la generación de diferentes métodos para el tratamiento de los objetos (Rouquette, 2011). En ese sentido, Rateau (2016) resume los modos de apropiación en tres modelos que contribuyeron en la comprensión de los fenómenos sociales. El primero, denominado sociogénico desarrollado por Moscovici (1979) a través de *El psicoanálisis su imagen y su público*, y por Jodelet (1989b) con el estudio de *las representaciones sociales de la locura*; el segundo, sociodinámico formulado en Ginebra, cuyo máximo exponente es Doise (1985); el tercero, estructuralista trabajado en la escuela Aix-en-Provence por parte de Abric (2001). Cada uno ha brindado distintos énfasis al estudio de las lógicas cognitivas o sociales, derivando en la generación de orientaciones conceptuales y metodológicas que proporcionan distintas rutas paradigmáticas a esta teoría.

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

Frente a estos dos enfoques, Abric (2001) advierte que las representaciones sociales son

construcciones sociocognitivas regidas por sus propias reglas; es decir, no son exclusivamente sociales, ni tampoco cognitivas, responden a ambas lógicas. Por lo tanto, este tipo de estudios demandan el empleo del uno y el otro para hacer emerger elementos constitutivos, de organización e identificación del núcleo central. Sin embargo, emprender la tarea de estudiar el conocimiento de sentido común desde sus componentes cognitivos y sociales es una tarea compleja que obliga a los investigadores a incursionar en diferentes disciplinas, ejercicio nada sencillo debido a la formación centralmente mono disciplinaria del sistema educativo. Esta dificultad se evidencia en estudios de representaciones sociales donde se opta por la selección de alguno de los enfoques, decisión supeditada principalmente a la adscripción teórica de quien realiza el estudio. Ante tal tentativa, este apartado se centró en caracterizar el enfoque a seguir para el desarrollo del trabajo de investigación. Con base en la posición epistemológica seleccionada, el estudio se situó en el modelo sociogenético o procesualista, considerado como el enfoque de origen de los estudios de representaciones sociales que permite el uso de referentes pluridisciplinarios procedentes de la Psicología Social, Lingüística, Sociología y Antropología (ver la Figura 4).

Figura 4.
Modelo sociogenético



Fuente: Elaboración propia con base en información de Rateau (2016).

Como punto de partida es importante referir algunos elementos que preceden a la formulación de este enfoque, fundamentado en un modelo de racionalidad argumentativo

caracterizado por desarrollar estudios descriptivos basados en el análisis de la lógica, el diálogo, la conversación y la persuasión que manifiesta el sujeto dentro de un contexto (Banchs, 2001).

En el marco de análisis de esta perspectiva teórica, el enfoque refiere la parte constituyente de las representaciones que integran “contenidos que vienen dados por informaciones, actividades, imágenes y en general por universos de opiniones, proposiciones, reacciones y evaluaciones que produce la significación social de los objetos” (Wagner y Elejabarrieta, 1994, p. 263). Por lo tanto, se requiere establecer una relación sujeto y objeto como dos elementos funcionalmente integrados, ya que toda representación social es de algo o de alguien, en virtud de ello se seleccionaron a médicos dentro del grupo de profesionistas del área sanitaria de quienes interesa identificar las representaciones sociales que atribuyen a la práctica profesional de trabajadores sociales.

El escenario donde se buscó develar las representaciones sociales opera desde contextos inestables, pues los problemas que enfrenta cotidianamente el personal de salud no vienen acotados, ni necesariamente se adaptan al instrumental técnico-científico propuesto por las disciplinas para el abordaje de las problemáticas.

Ante estas características, el estudio está sustentado en la configuración de los contenidos que emanan de la relación sujeto–objeto, lo que demandó el reconocimiento de un individuo que está determinado socialmente y de una dinámica holística que expresó sistemas de significado alrededor de las prácticas profesionales.

Frente a estos argumentos, el modelo sociogenético resultó idóneo, al permitir perfilar la mirada hacia las cualidades del objeto. Banchs (2000) denomina a este tipo de trabajos como socio construccionistas, caracterizados por acceder al conocimiento de las representaciones sociales desde un abordaje hermenéutico y descriptivo, centrado en la comprensión de aspectos significantes, producciones simbólicas, lenguaje y comunicación. Por lo tanto, es necesario construir un referente empírico para delimitar con mayor precisión aquellos aspectos de la realidad que son de interés. En consecuencia, el siguiente apartado refirió estos planteamientos a partir de la caracterización de sujetos y escenario propuestos a investigar.

3.3 Delimitación del referente empírico

De acuerdo con Jodelet (1984), para desarrollar un estudio de representaciones sociales es necesario definir tres elementos: sujeto, objeto y contexto, pues todo acto de representación

establece ese tipo de convergencia. Por consiguiente, la articulación entre los médicos y la práctica profesional de los trabajadores sociales se genera dentro de un contexto hospitalario, entendido como un escenario de vida cotidiana que ofrece posibilidades de significación, encuentro y relación para la producción de representaciones sociales.

Con el propósito de llegar a la delimitación de un sujeto activo con riqueza de significados, en una relación particular con el objeto y situado en un tiempo y espacio, fue indispensable recuperar la construcción del problema de investigación, misma que fundamentó la necesidad de dirigir la mirada a los equipos interdisciplinarios de la salud, particularmente con quienes los trabajadores sociales han instaurado una relación profesional a lo largo de su historia. En ese sentido, fueron seleccionados: médicos, enfermeras y psicólogos; grupos que al ser heterogéneos y con distintas características identitarias obligan a generar un acercamiento para explorar su vinculación al objeto.

Para dicha labor se utilizaron herramientas como: la observación y la entrevista informal en escenarios donde ambos profesionistas desarrollan su práctica¹⁰. Con base en las expresiones recuperadas del personal sanitario en su relación con los trabajadores sociales, se efectuó un recorte que dirigiera la mirada hacia un grupo específico y develara con mayor profundidad sus representaciones sociales.

Se eligió a los médicos por el papel de autoridad, fuente de poder y conocimiento, desempeñados en el ámbito hospitalario. Su ejercicio laboral les permite crear una relación de mando con todas las profesiones sanitarias, al ocupar los niveles jerárquicos más altos y los lugares decisivos sobre el diseño, mantenimiento y control de los servicios de salud. Por lo tanto, es de este grupo de quienes interesó rescatar sus sentidos y subjetividades, dado que al poseer una cultura, trayectoria y lenguaje propios tienen una visión particular sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Ahora bien, las posibilidades metodológicas de análisis en torno a las representaciones sociales de este gremio son múltiples, por ende, para hacer operable el propósito de la investigación fue indispensable delimitar sujeto y objeto, así como definir una realidad inmediata a través de un escenario de lo cotidiano.

¹⁰ Las instituciones de salud pública donde se realizaron los primeros acercamientos al campo fueron: “Clínica de Medicina Familiar N° 72”, del IMSS, ubicada en el municipio de Ecatepec; y “Clínica de Medicina Familiar Valle de Aragón”, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) de Nezahualcóyotl, Estado de México.

En un primer momento se consideraron las clínicas de medicina familiar, sin embargo, al identificarse una plantilla reducida de personal en trabajo social, al igual que un vínculo eventual y administrativo entre ambos profesionistas, quedó en claro la poca significatividad en su relación. En cambio, en los hospitales e institutos de segundo y tercer nivel respectivamente, existe mayor proximidad ante la complejidad de problemáticas que presenta la salud de los pacientes.

En consecuencia, se realizó un mapeo para localizar instituciones de segundo y tercer nivel de atención en la Ciudad de México (CDMX) y área metropolitana¹¹. Los criterios para definir el escenario fueron: presencia de médicos y trabajadores sociales, posibilidades de acceso, intereses del investigador y redes de apoyo; siendo seleccionado el Hospital General de México (HGM) “Dr. Eduardo Liceaga”. De acuerdo con su portal oficial, la influencia de esta institución en la profesión médica ha sido trascendental, al grado que la historia de dicha profesión en México, no podría ser entendida sin tenerlo como antecedente. Es imposible pensar que algún médico no hubiese tenido cierta relación con este escenario de supremacía en la enseñanza, la formación y la práctica médica, cuando para ellos, este hospital es uno de sus espacios de mayor historia y trascendencia para su ejercicio laboral. En el caso de los trabajadores sociales, es una de las instituciones que concentra una de las plantillas más grandes de sus profesionistas en el país y, por consiguiente, es un antecedente obligatorio sobre su desarrollo en México.

La información mencionada justificó la pertinencia de desarrollar el estudio en HGM, lugar de tradición y trascendencia para el ejercicio de las prácticas médicas y de los trabajadores sociales. Este escenario ha contribuido en la extensión formativa de tales profesionistas, y también ha dado pie a la construcción de redes intersubjetivas y relación entre ambos, situación que buscó ser develada mediante un estudio de representaciones sociales.

De acuerdo con el HGM (2016), en su *Cuaderno Estadístico Enero-Septiembre del HGM*, esta institución cuenta con una de las más grandes plantillas de médicos en México, al contar con 890 que son de base; 387 residentes y 2,153 estudiantes de pregrado; todos ellos ocupan los cargos jerárquicos más altos de toda la institución como: direcciones, subdirecciones, jefaturas, coordinaciones y otros.

¹¹ Como posibles escenarios fueron considerados: el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”; Hospital de Especialidades “Dr. Belisario Domínguez”; y Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” en este último, se produjeron acercamientos con las autoridades encargadas de los departamentos de: Educación y Capacitación en Salud; y Registro y Seguimiento de Proyectos de Investigación, lo que dio pauta para identificar particularidades para el acceso al campo, así como fundamentar su elección como universo de estudio.

Dado que la investigación no buscó examinar los resultados con fines estadísticos y probabilísticos, ni generalizar los hallazgos en el grueso de la población, sino desarrollar un análisis profundo de las expresiones, la cantidad de médicos no fue delimitada *a priori*. Se construyó con base en las posibilidades de ingreso al campo, de modo que el proceso estuvo definido en gran medida por las decisiones de las autoridades; sin embargo, hubo algunas posibilidades que permitieron delinear las características de la población. Apoyados en un muestreo teórico se definieron los siguientes criterios para la selección de los participantes:

- **Médicos residentes o de base del HGM:** Con los primeros, los trabajadores sociales tienen una mayor relación profesional al ser el principal enlace operativo del médico de base para el abordaje de la problemática social del paciente; los segundos poseen una mayor jerarquía y trayectoria laboral que les brinda una visión particular sobre estos profesionistas.
- **Contar con un año de antigüedad en el hospital como mínimo:** Este criterio brinda la posibilidad de seleccionar médicos con mayores experiencias y conocimientos en la construcción de representaciones sociales.

3.4 Ingreso al Hospital General de México

Para tener un registro de los acontecimientos generados durante la fase de ingreso al hospital, se empleó un diario de campo, instrumento que incluyó descripciones de personas, acontecimientos y conversaciones de forma completa, después de una observación o contacto con los informantes (Taylor y Bogdan, 1987). Las notas generadas son una fuente de datos importantes que apoyan los procesos de interpretación.

En el caso de este estudio, se utilizó con el fin de realizar anotaciones detalladas y pormenorizadas de las actividades efectuadas durante la fase de trabajo de campo, entre los meses de julio a octubre de 2017. Además de auspiciar mediante descripciones, vivencias, e interpretaciones, su uso como instrumento de investigación favoreció la reflexión sobre el trabajo realizado; permitió identificar la implicación con el objeto a partir de la recuperación de las emociones generadas en cada encuentro; brindó elementos para repensar las estrategias empleadas en el trabajo de campo; y contribuyó al conocimiento del contexto mediante la información proporcionada por las fuentes primarias.

Por la amplitud del trabajo de campo, este instrumento fue utilizado como un soporte

personal que contiene un registro secuencial de los acontecimientos más sobresalientes que trastocaron cada etapa. Los aspectos de relevancia se sistematizaron en un formato diseñado a partir de las necesidades de registro: fecha, número de diario de campo, hora de inicio, hora de término, lugar, objetivo general, desarrollo, e interpretación (ver el Anexo 4).

Dadas las características del objeto de estudio, el ingreso al campo no solo involucró la recuperación de datos con instrumentos, igualmente implicó adentrarse con un nivel de profundidad en el lugar donde se encuentra el objeto de estudio e interpretar las distintas relaciones que lo entranan. De acuerdo con Sánchez, (2014, p. 84) “no es posible, pues, imaginar la producción de conocimiento en ciencias sociales y humanidades sin material empírico”.

En ese sentido, el escenario seleccionado para el desarrollo del estudio fue el HGM. Lograr el ingreso a esta institución tan trascendente en la historia de la medicina mexicana, no fue una tarea sencilla, incluso lo consideraría como uno de los grandes retos del estudio.

El hospital cuenta una estructura definida para la autorización de proyectos, los cuales son dictaminados por los “Comités de Ética e Investigación”, integrados por médicos que trabajan principalmente líneas de investigación biomédicas, epidemiológicas, clínicas y otras. En consecuencia, este protocolo no correspondía a los trabajos habitualmente evaluados al ser una investigación diseñada desde una epistemología interpretativa, cuyo propósito consistió en recuperar el sentido común de los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Al no contar con un vínculo laboral en la institución, las cartas expedidas por el Posgrado en Pedagogía de la Facultad de Estudios Superiores Aragón de la UNAM no fueron suficientes para obtener la autorización de ingreso al hospital. El acceso presentó mayores dificultades que retrasaron durante un mes los tiempos programados para el inicio del trabajo de campo; situación que llevó al planteamiento de estrategias emergentes como: la generación de contactos y la conformación de redes de apoyo, a fin de conseguir el acceso con las autoridades responsables de aprobar los protocolos.

El HGM cuenta con una Dirección General de Investigación, encargada de realizar funciones de planeación, coordinación, evaluación y autorización de los proyectos que pretendan realizarse en las instalaciones de la institución. A través de la “Guía general de proyectos”, se informa a quienes tienen interés por realizar una investigación biomédica, clínica, sociomédica, epidemiológica y tecnológica, los requisitos para la recepción de trabajos, mismos que son

dictaminados por los Comités de Ética e Investigación para obtener la aprobación y el registro. Entre ellos están los siguientes: carta de presentación de proyecto por el investigador principal; carta de autorización por jefe de servicio; carta compromiso del investigador principal; proyecto; resumen estructurado; hoja de recolección de datos; carta de consentimiento informado; anexos y carta de no conflicto de intereses.

El protocolo propuesto se inscribió como estudio sociomédico, categoría donde ingresan principalmente investigaciones provenientes de ciencias sociales y humanidades. La documentación para el dictamen se consiguió en un plazo de cuatro meses, al requerirse distintas autorizaciones por parte de la Jefa del Departamento de Trabajo Social y el Coordinador de Investigación de esta área; no obstante, se contó con el apoyo de una trabajadora social del servicio de pediatría, quien fungió como mediadora ante las autoridades para recabar sus firmas.

El proceso demandó la definición de tres roles principales, acorde con la normatividad del hospital: investigador principal, que no podía ser alguien externo a la institución, sino personal de base (en este sentido, se contó con la colaboración de una trabajadora social); investigador asociado, se invitó a un médico de la Dirección de Investigación para que orientará el desarrollo del estudio al interior de la institución; y como coordinador, quedó el autor de este estudio.

Una vez cubiertos los requisitos fue entregada la documentación al departamento de investigación para su dictamen, cuya respuesta fue de “aceptado con observaciones”; sin embargo, al solicitarse un replanteamiento metodológico distinto al propuesto que requería de una muestra representativa y validación de los instrumentos, se tomó la decisión de explorar otras vías. Ante ello se logró un acercamiento a través de una trabajadora social con el Jefe de la Coordinación de Educación y Capacitación en Salud, área responsable de los médicos residentes, quien mostró interés por la investigación y brindó las facilidades para el desarrollo del estudio al considerar los convenios de colaboración existentes entre la UNAM y la institución, del rol del autor del estudio como docente en la ENTS-UNAM, situación que motivó una coordinación administrativa con la Jefa del Departamento de Trabajo Social y con el Jefe de Residentes del hospital para el acceso a los grupos de estudiantes de posgrado.

Las autoridades mencionadas autorizaron la aplicación de cuestionarios solo con médicos residentes de las siguientes especialidades: medicina interna, oncología, pediatría, ginecología y radiología, por ser las que concentran la mayor cantidad de estudiantes; en consecuencia, el número y las especialidades no pudieron ser delimitadas previamente, sino que fueron definidas

por las autoridades con base en las posibilidades institucionales, logrando un acercamiento con un total de 143 médicos residentes. En el caso del personal definitivo, esta área no tiene injerencia, por tal motivo se diseñaron estrategias para obtener un acercamiento con este grupo, mismas que serán presentadas en el apartado 3.5.1.

3.5 Instrumentos de recolección: procedimientos para su sistematización y análisis

De acuerdo con Banchs (2000), en investigaciones de origen latinoamericano, el uso de la teoría de las representaciones sociales ha privilegiado la comprensión del contexto y las prácticas sociales. Sin embargo, esto no ha excluido el uso de dispositivos que contribuyen a identificar contenido, organización, estructura y centralidad de las representaciones.

Como punto de partida, se recurrió al método de la encuesta que integra diversas herramientas interrogativas, que no forman parte intrínseca de alguna epistemología, ya lo refiere Ducoing (2016), los positivistas no son propietarios de los números, ni los interpretativistas de las cualidades. Dentro de los diversos medios interrogativos existentes para recuperar información sobre un objeto social, se realizó una selección basada en el planteamiento del problema, el referente metodológico y las características de la población, lo que permitió dirigir la mirada a la propuesta de Abric (2001), denominada “Metodología de recolección de las representaciones sociales”, donde presenta diferentes herramientas de acopio. El trabajo de este autor ha sido ampliamente retomado en estudios de representaciones sociales de Latinoamérica y Europa, por responder a uno de los principales problemas presentados en trabajos de este tipo, el de recolección de información, pues propone tres métodos que integran diversos instrumentos organizados en tres tiempos sucesivos: la identificación del contenido de la representación; el estudio de las relaciones entre elementos, su importancia relativa y su jerarquía; así como la determinación y el control del núcleo central.

Con el fin de lograr una mayor aproximación al objeto de estudio fueron seleccionadas herramientas asociativas e interrogativas: cuestionario, asociación libre y entrevista; para lograr este objetivo, las preguntas que integraron los instrumentos fueron organizadas bajo las categorías de información, actitud y campo de representación (ver los cuadros 3 y 4), las cuales develaron datos que sirvieron en la comprensión de las representaciones sociales sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

3.5.1 El cuestionario semiestructurado

El cuestionario es considerado por Abric (2001) como uno de los instrumentos más usados y valiosos en estudios de representaciones sociales, porque permite introducir elementos cuantitativos fundamentales en el aspecto social de una representación. Utilizado como una vía de entrada con grupos grandes como los médicos del HGM, su diseño ofreció la posibilidad de obtener información sistemática y ordenada que pudo ser profundizada a través de otros instrumentos como la entrevista. Para su elaboración se consideraron las características de la población hacia la cual fue dirigida: un profesionista altamente demandado, con limitaciones de tiempo y extenuantes jornadas de trabajo; lo que llevó a estructurarlo en dos cuartillas y con preguntas principalmente cerradas que pudieran responderse en máximo 10 minutos.

El instrumento estuvo conformado por tres secciones: datos generales, ejercicio de asociación de palabras y preguntas de opción múltiple (ver el Anexo 1). La primera tuvo como fin caracterizar a la población de médicos participantes, así como analizar desde qué perfiles construyen sus representaciones sociales, mediante la recuperación de datos como: sexo, edad, especialidad reciente, tipo de personal, antigüedad laboral y cargo en el hospital. La segunda consistió en un ejercicio de asociación de palabras para recolectar elementos constitutivos que integran el campo de representación (ver el Apartado 3.5.2). Finalmente, la tercera estuvo compuesta por seis preguntas de opción múltiple trabajadas desde dos dimensiones de la representación social: actitud e información, como se muestra en el cuadro 3.

Cuadro 3.
Diseño de preguntas

Preguntas	Dimensiones de la representación social	Fuentes de información para las opciones de respuesta
Seleccione el profesionista que considere podría ser prescindible en el hospital.	Actitud	<i>Cuaderno Estadístico de enero a septiembre del HGM.</i>
¿Cuál cree que es el nivel de estudios de la mayoría de los trabajadores sociales en este hospital?	Actitud	Profesionalización del Trabajo Social en México (López et al., 2007).
Elija una de las siguientes actividades en la que ubique principalmente a los trabajadores sociales de este hospital.	Información	<i>Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas HGM.</i>
¿Cuál es la principal habilidad que identifica en los trabajadores sociales de este hospital?	Información	<i>Perfil profesional de las y los licenciados en Trabajo Social de ENTS-UNAM.</i>
¿Cuál es la importancia que considera tiene la práctica profesional de los trabajadores sociales en el hospital?	Actitud	El psicoanálisis su imagen y su público (Moscovici, 1971).
¿Qué tan preparados considera que están los trabajadores sociales de este hospital para enfrentar la problemática social de los pacientes?	Actitud	El psicoanálisis, su imagen y su público (Moscovici, 1971).

Fuente: Elaboración propia con base en las fuentes de información descritas en la columna tres.

Siguiendo las recomendaciones de Cuevas (2016), el cuestionario fue valorado previo a su aplicación por especialistas vinculados con la temática de estudio: tutora, miembros del comité del doctorado y un médico de base adscrito al área de investigación del hospital, quienes orientaron su elaboración y supervisaron su desarrollo.

El piloteo del cuestionario se efectuó con médicos de otra institución, en específico, con los pertenecientes al Hospital Infantil de México “Federico Gómez”. Es preciso señalar que para realizar este ejercicio se recurrió a las redes de apoyo del doctorante, integradas por trabajadoras sociales del sector salud, a quienes se les solicitó el acceso a la institución, no sus contactos con este personal para reducir los posibles sesgos en las respuestas.

Por ende, fue necesario abordar y convencer a la población de participar en la prueba. Para ello, se identificaron espacios comunes frecuentados por los médicos como: bibliotecas, explanadas y auditorios, logrando conformar un grupo de diez participantes: seis residentes, tres de base y un pasante, quienes realizaron comentarios sobre ambigüedades, omisiones, preguntas no entendibles e incongruencias del cuestionario.

Los resultados de la prueba piloto permitieron generar una nueva versión del instrumento aplicado con los participantes seleccionados de la siguiente forma:

- En la primera fase del trabajo de campo, las autoridades del hospital asignaron grupos de médicos residentes de las especialidades en: medicina interna, oncología, pediatría, ginecología y radiología. La aplicación del cuestionario se realizó durante cinco días no consecutivos, en los horarios de clase establecidos por la institución; al finalizar cada una se contó con 20 minutos para explicarles el objetivo del instrumento, la relevancia de leer las instrucciones y de su participación, además de persuadirlos a conceder posteriormente una entrevista.
- Con la población de médicos de base, la aplicación se llevó a cabo en tres días no continuos, con una permanencia de cuatro horas por cada uno. Para realizar esta actividad fueron identificados lugares estratégicos que concentraran a este personal como: pabellones, cafeterías, pasillos e incluso estacionamientos, siendo el principal el auditorio central de la institución “Abraham Ayala González”, donde permanentemente se efectúan eventos académicos: conferencias, cursos, congresos, simposios, sesiones y jornadas. De manera que se posibilitó un acercamiento en las inauguraciones, recesos y, al finalizar, los eventos.

- Bajo las condiciones descritas en el punto anterior, la persona encargada principalmente de llenar el cuestionario fue el doctorante, dado que las condiciones del entorno y la disponibilidad del médico de base no se prestaban para que él lo realizara. Debe señalarse que los requisitos por el aplicador permitieron captar con mayor espontaneidad las palabras asociadas a la frase inductora, asimismo se logró persuadir a estos profesionistas para que facilitarían un dato de contacto y lograr una posterior entrevista.
- El muestreo de bola de nieve permitió contactar a más médicos de base, ya que a quienes contestaban el cuestionario se les pedía su ayuda para establecer un enlace con otros doctores.

El proceso de depuración se realizó con 170 cuestionarios, tras descartar 38 por los siguientes motivos: médicos con menos de un año antigüedad; instrumentos semicontestados, con más de una pregunta con respuesta duplicada; ejercicios de asociación libre inconclusos, ilegibles o que no correspondían a lo interrogado. Este procedimiento permitió delimitar un grupo de participantes integrado por 132 médicos, de los cuales 105 son residentes y 27 de base.

Los resultados fueron procesados en una base de datos del programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), donde se asignaron códigos aleatorios del 1 al 8 en función a las opciones de respuesta, con la alternativa ‘omitió’ para quienes seleccionaron más de una o no contestaron. Finalmente se sistematizaron en frecuencias, porcentajes y se representaron en gráficas dentro del mismo programa, para proceder al diseño de la guía de entrevista y realizar su prueba piloto. Los datos recuperados del cuestionario fueron utilizados para complementar el análisis e interpretación de las expresiones rescatadas de las entrevistas bajo el marco de referencia.

3.5.2 Ejercicio de asociación libre

La asociación libre forma parte de la propuesta metodológica de Abric (2001); para desarrollarlo se requiere uno o más términos inductores que autoricen al sujeto la producción de las palabras que se le vengan a la mente; su evocación permite la construcción de un universo semántico esencial para el estudio de las representaciones sociales.

El propósito del uso de la asociación libre en esta investigación, fue recolectar una amplia producción verbal de los términos usados por los médicos para referirse a “la práctica profesional

de los trabajadores sociales”, frase que fungió como estímulo para la generación de vocablos que se aproximaron a identificar elementos constitutivos del campo de representación.

Respecto a su implementación, se diseñó un ejercicio con instrucciones y un ejemplo neutral retomado de Reyes (1993), incorporado dentro del cuestionario con fines operativos, tras la sección de datos generales para reducir el sesgo en la captura de la espontaneidad sobre los términos vinculados con la frase inductora, pues las opciones de respuesta de las preguntas de opción múltiple podrían ser retomadas por los encuestados previo a su desarrollo.

Para realizar esta actividad se solicitó a los médicos escribir de forma legible solo tres términos que recordaran, con el fin de evitar su cansancio y tedio; éstos podrían ser verbos, adverbios, sustantivos o adjetivos. Las palabras asociadas tenían que jerarquizarse con el propósito de identificar la importancia o cercanía con el enunciando inductor, donde 1 es la de mayor importancia; 2, importante y 3, menos importante. Finalmente, debían responder a través de una oración el por qué eligieron estos vocablos.

Una vez recuperada la totalidad de los instrumentos, se sistematizó la información con base en la técnica de redes semánticas naturales (Valdez, 1999 y Reyes, 1993), utilizada como una alternativa metodológica para el estudio y tratamiento del material producido por la asociación libre. El procedimiento consistió en lo siguiente:

- **Transcripción:** El ejercicio fue capturado en una hoja de cálculo del programa Excel y se organizó la información en cuatro columnas: 1) folio, 2) orden de importancia, 3) palabras 4) por qué. Las frases recuperadas para la interpretación fueron presentadas con fines de confidencialidad y organización de la información mediante los siguientes códigos: (EAL), ejercicio de asociación libre; (###), número de folio; con el propósito de identificar el tipo de médico se utilizó: (MA), para médico adscrito y (MR), en el caso del residente, seguido del año de avance en la especialidad (#). Ejemplo: EAL110-MA y EAL33-MR2.
- **Formación de cuatro listas:** La primera fue denominada “textual”; en ella se colocaron todas las palabras con el orden brindado y el por qué. En la segunda lista nombrada de “revisión”, además de obtener el *Valor J* (tamaño de la red), tuvo como propósito la agrupación de sinónimos, plurales, femeninos, masculinos y aquéllos con una misma índole de significado, según al concepto redactado por el sujeto. La tercera correspondió al “orden alfabético” por localizarse todos los términos organizados de acuerdo con ese

criterio. Finalmente, la cuarta fue de “depuración”, aquí se eliminaron todos los vocablos duplicados para integrar una sola relación.

- **Cálculos:** Con los datos de la tercera y cuarta lista se hizo uso de fórmulas aritméticas que ofrece el programa Excel para calcular porcentajes, y de este modo obtener los valores: *VM* (peso semántico), *VFMG* (distancia semántica) y determinar el *Conjunto SAM* (10 palabras con los pesos semánticos más altos).
- **Presentación de la información:** Los resultados fueron trabajados en una tabla y diagrama donde se resaltó el orden jerárquico de los términos utilizados para la interpretación del campo de representación.

A partir de los procedimientos de sistematización citados, se realizó un análisis de contenido basado en el significado que los sujetos atribuyeron a las palabras y de este modo develar el núcleo figurativo que integró el campo de representación de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales. Sin embargo, este universo de opinión no es el único; dado que la aproximación brindada por la asociación libre fue limitada, resultó conveniente usar otros instrumentos que ofrecieran nuevos hallazgos y contribuyeran a lograr el propósito de la investigación.

3.5.3 La entrevista enfocada

La segunda fase del trabajo de campo consistió en el desarrollo de entrevistas. De acuerdo con Jodelet (2008), Abric (2001) y Moscovici (1979), la entrevista es una herramienta indispensable para el acopio de representaciones sociales, debido a la amplia producción discursiva que genera su uso. Este instrumento ha sido empleado en distintos estudios empíricos (Mireles, 2016 y Barrón, 2009) como una vía de investigación privilegiada al proporcionar un acceso al mundo vivido por los sujetos, debido a la producción de un discurso libre, espontáneo, continuo y con una cierta línea argumental.

Según Wagner (2010), toda investigación que pretenda analizar los sistemas de representaciones sociales debe considerar el capital afectivo que las orienta, de ahí que un camino para indagarlo sea la entrevista. Su uso como instrumento básico en la recolección de información, facilita la identificación de experiencias, emociones, creencias, valores e ideologías de los sujetos.

En ese sentido, se desarrolló la entrevista como una vía de indagación en aspectos que el cuestionario y la asociación libre no integraron; fue de tipo enfocada pero no a profundidad, debido a las limitaciones de tiempo que presenta la población, y por el objeto de estudio, el cual no demanda una recolección informativa a fondo al buscar develar una situación en específico, mediante sujetos que no forman parte del colectivo profesional de los trabajadores sociales.

Esta técnica de investigación estuvo acompañada de una guía semiestructurada integrada por diez preguntas (ver el Anexo 2), con el fin de analizar e interpretar las representaciones sociales de los médicos del HGM sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales. Con base en dicho objetivo se acotaron: los temas y subtemas que debían cubrirse, el lenguaje a utilizar para dirigirse a los médicos y la cantidad de preguntas ‘eje’ a desarrollar (sobre todo porque durante la entrevista pueden surgir nuevos cuestionamientos).

La elaboración de la guía no fue un documento formalmente estructurado, sino únicamente un recordatorio de los temas a indagar que implicaron dos categorías teóricas: información y actitud, trabajadas en interrogantes abiertas, ordenadas de lo general a lo particular (ver el Cuadro 4).

Cuadro 4.
Observantes de las dimensiones de las representaciones sociales

Categoría de análisis	Definición	Preguntas	¿Qué se pretende encontrar?
Actitud sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.	Expresa una orientación general, positiva o negativa, frente al objeto de representación. De este universo interesa recuperar las valoraciones que orientan los comportamientos y las posturas de los médicos sobre las prácticas profesionales de trabajadores sociales.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Considera importante que haya profesionistas como los trabajadores sociales en este hospital y por qué? • ¿Cree que la actividad profesional que desarrollan los trabajadores sociales debería ir más allá de lo que actualmente realizan? • ¿Qué tan preparados considera que están los trabajadores sociales para desarrollar las funciones que se les ha asignado en este hospital y por qué? • ¿Cree que se les brinda la importancia suficiente a las actividades profesionales desarrolladas por los trabajadores sociales en este hospital? • ¿Cómo describiría la práctica profesional de los trabajadores sociales de este hospital? 	Valoraciones positivas o negativas sobre la práctica profesional que realizan los trabajadores sociales
Información sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.	Posibilita anticipar el nivel de significatividad o riqueza de explicaciones que se pueden generar sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales, para ello es importante explorar en las fuentes de información que tiene el médico acerca del objeto.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué sabe usted sobre los trabajadores sociales? • ¿Qué actividades realiza un trabajador social de este hospital? • ¿Cómo se relacionan sus actividades con las que llevan a cabo los trabajadores sociales de este hospital? • ¿Cuál ha sido la experiencia que ha tenido con los trabajadores sociales? 	Informaciones, conocimientos e ideas sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Fuente: Elaboración propia con base en las dimensiones de actitud e información de las representaciones sociales de Moscovici (1971).

El instrumento señalado fue piloteado con un médico de base participante en la prueba piloto. Además de valorar tiempo, condiciones del lugar, manejo de la técnica, su finalidad

residió en identificar si las preguntas eran comprendidas por el sujeto y las respuestas producían un discurso reflexivo, evocativo y profundo que se aproximaba al propósito central de la investigación.

La cantidad de entrevistados no fue posible determinarla *a priori* de los 132 médicos participantes en el cuestionario, 22 aceptaron al dejar su correo electrónico; no obstante, solo se concretaron ocho entrevistas: cinco con residentes y tres con personal base de distintas especialidades. Aunque esta fase tuvo como propósito central recuperar el sentido común de los médicos, ante la relación entre representaciones y prácticas (Guimelli, 2001), fue necesario observar el ejercicio de algunos trabajadores sociales del HGM para rescatar algunas expresiones que permitieran conocer su actividad laboral y así complementar los procesos de interpretación del capítulo 4. Debe señalarse que no se delimitaron instrumentos estructurados para llevar a cabo esta actividad, ya que se sostuvieron breves encuentros con dichos profesionistas.

En otro orden de ideas, el primer medio de contacto con los médicos interesados en dar una entrevista fue la dirección electrónica, pero al no obtenerse respuesta, se consideró localizarlos en el servicio mediante el número telefónico de la unidad médica. Situación que fue posible gracias a que se contaba con datos personales como la especialidad y el nombre, que en algunos casos fue recuperado del *email*.

Previo al desarrollo de la entrevista se establecieron algunas consideraciones éticas, para generar un ambiente de confianza y equilibrio en la búsqueda del conocimiento del investigador, así como un respeto por la integridad de los sujetos (Kavle, 2011). Por ello, se les informó a los médicos lo siguiente: el propósito de la entrevista; la utilización de códigos para presentar los testimonios y resguardar la confidencialidad¹²; el uso de sus datos personales y respuestas se utilizarán para fines de una investigación de doctorado; la transcripción de su entrevista a quienes lo soliciten les llegaría vía *email* para que autoricen su uso y validen el contenido; además que en un futuro se contempla realizar publicaciones sobre este tema garantizándoles el anonimato.

Las entrevistas se efectuaron en el día, horario, margen de tiempos señalados por los médicos al hacerles la invitación. Éstas fueron grabadas en audio con su previa autorización, se desarrollaron en las instalaciones del hospital (oficinas y áreas comunes), las cuales tuvieron un

¹² Los testimonios seleccionados fueron presentados con fines de confidencialidad y organización de la información con la mayoría de los códigos utilizados en la fase de sistematización del cuestionario: (E) entrevista y (#) número de folio. Con el propósito de identificar el tipo de médico se utilizó (MA) para médico adscrito; (MR) en el caso del residente seguido del año de avance en la especialidad (#). Ejemplos: E5-MA y E3-MR3.

papel evocativo para la expresión de sus ideas, informaciones, opiniones, conocimientos y experiencias sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales. Debe señalarse que únicamente se logró un encuentro con los médicos participantes de 8 a 25 minutos, debido a las limitaciones de su tiempo.

A partir de las expresiones obtenidas se definió una forma de tratamiento de los datos para develar los significados detrás de lo aparente. En primer lugar, se transcribieron las entrevistas en un procesador de textos de Word, con los siguientes símbolos, para recuperar el sentido de las expresiones emitidas por los sujetos y realizar una lectura integral en aras de obtener su sentido general: emociones (entre paréntesis); pausas (puntos suspensivos...); énfasis en expresiones (subrayado); volumen elevado en frases (MAYÚSCULAS); y no audible lo dicho por el sujeto [corchetes] (ver el Anexo 3).

Una vez transcrita la información y con base en la orientación epistemológica y metodológica del estudio, se procedió a la interpretación, que de acuerdo con Cuevas (2016), implica una lectura de hechos, acciones y discursos, cuyo fin es desentrañar con minuciosidad los diferentes aspectos que integran las unidades de sentido, pero que al ser interpretados develan relaciones de significados que guardan para los sujetos.

En ese sentido, fue seleccionado como modo de análisis la condensación del significado que “implica un resumen de los significados expresados por los entrevistados en formulaciones más breves” (Kvale, 2011, p. 140). Apoyados en los planteamientos de Giorgi (2000)¹³, se recuperaron tres pasos propuestos para realizar este tipo análisis (y fueron adaptados a los fines del estudio).

- **Unidades de sentido:** Se determinaron las unidades de significado a partir de las palabras o frases repetidas con insistencia por los médicos, las cuales guardan un vínculo con las dimensiones de la representación social.
- **Formulación de una manera directa:** Se reelaboró en temas centrales lo que fue denominado como ‘una unidad de significado natural’, misma que fue organizada temáticamente a partir de la comprensión de las declaraciones del sujeto, lo que implicó el registro de las primeras interpretaciones.

¹³ Amadeo Giorgi, psicólogo experimental que desarrolló un modo de condensación del significado basado en la fenomenología filosófica, especialmente basado en la obra de Edmund Husserl y Maurice Merleau-Ponty. Su trabajo es considerado como un enfoque alternativo en el campo de las prácticas de investigación psicológica.

- **Interrogación de unidades de significado:** Con base en el propósito del estudio fueron interrogadas las unidades de significado desde el marco de referencia.

Para desarrollar este modo de análisis se sistematizó la información, para ello se hizo uso del programa informático de *Atlas.ti*, donde se abrió una unidad hermenéutica que permitió utilizar algunas de sus herramientas como: el administrador de documentos primarios, usado para subir las entrevistas transcritas; administrador de familias, aquí se nombraron cuatro categorías que guardan una relación con las dimensiones de la representación social; y el administrador de códigos, donde se analizaron subcategorías asignadas a las familias (ver el Cuadro 5).

Cuadro 5.
Diseño de categorías y subcategorías

Categorías	Subcategorías
Práctica profesional del médico	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidad. • Nivel de avance de la especialidad. • Antigüedad laboral. • Escuela de procedencia. • Trayectoria profesional. • Trayectoria académica. • Tipo de médico. • Actividades del médico residente en el hospital. • Actividades del médico de base en el hospital.
Campo de representación sobre la práctica profesional del trabajador social.	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen del trabajador social.
Actitud sobre la práctica profesional del trabajador social.	<ul style="list-style-type: none"> • Valoraciones positivas sobre la práctica profesional del trabajador social. • Valoraciones negativas sobre la práctica profesional del trabajador social. • Experiencias con los trabajadores sociales. • Reconocimiento a la práctica del trabajador social. • Posición jerárquica del trabajador social.
Información sobre la práctica profesional del trabajador social.	<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de información sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales. • Relación profesional médico-trabajador social. • Conocimientos sobre la práctica profesional del trabajador social.

Fuente: Elaboración propia con base en la información de las entrevistas.

El procedimiento descrito fue únicamente la vía elegida para llegar a la identificación del contenido y elementos que dan forma a las representaciones sociales; sin embargo, el análisis de las mismas recayó en la caja de herramientas que el investigador construyó durante la arquitectura de este estudio, por lo que necesitó comprender el sentido de los testimonios para dar inicio al registro de las primeras interpretaciones, que para su presentación se organizaron en sus tres dimensiones: campo de representación, actitud e información.

4. MIRADAS DE LOS MÉDICOS HACIA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES: AYUDA, ASIGNACIÓN SOCIOECONÓMICA Y EMPATÍA

...las maneras en que los sujetos ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, su ser en el mundo, desempeñan un papel indiscutible en la orientación y la reorientación de las prácticas. La más difícil, porque las representaciones sociales son fenómenos complejos que ponen en juego numerosas dimensiones que deben ser integradas en una misma aprehensión y sobre las cuales se tiene que intervenir conjuntamente (Jodelet, 2008, p. 50).

El propósito del siguiente capítulo es presentar los resultados que develan las representaciones sociales de médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales. Para lograrlo se muestra, un análisis del escenario institucional, con énfasis en temas como: posición jerárquica, redes de interacción y otras condiciones, desde las cuales se desarrollan ambas prácticas profesionales. Luego se expone la caracterización de los médicos participantes en el estudio, que sirvió para comprender los referentes desde los cuales construyen sus representaciones sociales. Por último, se dan a conocer los discursos de los médicos, recuperados de la asociación libre, cuestionario y entrevista, organizados en las tres dimensiones de las representaciones sociales: campo de representación, actitud e información. El orden elegido permitió vincular la relación entre sus elementos y responder a los planteamientos centrales de la investigación.

4.1 El escenario de relación profesional: Hospital General de México

El punto de partida para analizar las representaciones sociales de los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales es la presentación de algunas particularidades del escenario situacional por ser un elemento que condiciona sustancialmente la relación entre sujeto y objeto. De acuerdo con Jodelet (2008, p.52), la importancia de su estudio está en que “...contribuye a establecer representaciones elaboradas en la interacción entre sujetos, especialmente las elaboraciones negociadas y producidas en común a través de la comunicación verbal directa”. Por su parte, Pereira de Sá (1998) refiere que devela elementos socioculturales desde los cuales se desenvuelven las prácticas sociales, redes de interacción, normas y valores.

En ese sentido y como se ha anunciado desde el capítulo metodológico, el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, es el escenario desde el cual interesó estudiar las

representaciones sociales de los médicos, porque posee una estructura organizacional definida a partir de relaciones de autoridad que aluden a diferencias estatutarias entre los profesionistas que conforman el equipo de salud. Abric (2001) menciona que la organización significativa que producen los sujetos, depende de factores como: contexto social e ideológico, posición que ocupan los actores en la institución, historia del individuo o grupo.

A manera de introducción, debe señalarse que a lo largo de su historia, el HGM ha presentado diversas reconfiguraciones en materia tecnológica, científica, de atención médica y administrativa, como consecuencia de las transformaciones sociales atravesadas por el país. Inaugurado en 1905 y con 112 años de existencia, es considerado uno de los más antiguos, modernos y grandes de América Latina.

Ubicado en una de las primeras colonias de la Ciudad de México (CDMX), la Doctores, perteneciente a la alcaldía de Cuauhtémoc, tiene cercanía con el *Centro Médico Nacional Siglo XXI* y el *Hospital Infantil “Federico Gómez”*, edificios construidos en las décadas cuarenta y cincuenta. En algún momento, dicha zona fue catalogada como la principal área de servicios sanitarios de la capital, lugar que en la actualidad ocupan los hospitales e institutos de la avenida San Fernando de la delegación Tlalpan.

El HGM pertenece a la Secretaría de Salud (SSA) y es una institución descentralizada del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonios propios, cuya finalidad es “coadyuvar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud, al proporcionar servicios médicos de alta especialidad, de impulsar estudios, programas, proyectos e investigaciones inherentes a su ámbito de competencia” (HGM, 2017). Se rige bajo un amplio marco jurídico integrado por leyes, códigos, tratados, disposiciones internacionales, reglamentos, decretos, acuerdos, circulares, normas oficiales mexicanas, planes, programas y documentos normativos, que sirven para regular la actuación de los profesionistas.

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

privados; pese a esta condición, no puede ser considerada una institución de atención totalmente gratuita, ya que las consultas de primera vez, urgencias y el trámite del carnet tienen un costo fijo. En tanto, las hospitalizaciones o estudios que derivan de un tratamiento, varían según las posibilidades socioeconómicas de cada paciente; al respecto debe referirse lo siguiente:

El Hospital General de México se ha destacado por brindar atención médica especializada a millones de mexicanos, el 49% de los pacientes que se atienden provienen de la Ciudad de México, 40% del Estado de México y 11% de otros estados de la República Mexicana, principalmente de Hidalgo, Guerrero, Puebla y Veracruz (*Hospital General de México, Cuna de la Medicina Mexicana*, 2010, p. 9).

Ante la creciente demanda de los servicios de salud en México, la cantidad de personal que labora en este sector resulta insuficiente. No obstante, por su infraestructura de más de 50 edificios, de los cuales 33 pertenecen al área médico asistencial, y 17 a las áreas de gobierno, enseñanza, investigación y servicios generales, el HGM tiene una de las plantillas más grandes del ámbito sanitario integrada por: 6,125 recursos humanos; de éstos, el 14.4% (890 plazas), son médicos; 31.1% (1,914 plazas), enfermería; 25.8% (1,580 plazas), paramédicos (trabajadores sociales, nutriólogos, psicólogos y otros); 0.6% (36 plazas), de investigación; 6.2% (387 plazas), residentes; 21.3% (1,302 plazas) rama administrativa; 0.6% (34 plazas), mandos medios y superiores, quienes laboran los 365 días del año, las 24 horas del día (HGM, 2017).

Para la administración de los servicios de salud, la institución cuenta con una estructura organizacional que ha sufrido una serie de modificaciones por los cambios de sexenio presidencial, pero ha conservado sus líneas de autoridad donde se definen vínculos de coordinación, subordinación y relaciones interdependientes entre quienes conforman la plantilla. Lo anterior puede analizarse a partir de documentos como el *Manual de Organización Específico del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*, el cual refiere una organización de tipo funcionalista basada en jerarquías, donde se expresan la especificidad del personal que integra áreas como: Dirección General, Dirección Adjunta Médica, Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas, Dirección Educación y Capacitación en Salud, Dirección de Investigación, Dirección de Planeación y Desarrollo de Sistemas, y Contraloría.

En las áreas señaladas, hay distribuidas 35 plazas de mandos superiores, ocupadas por personal adscrito al área médica, que tienen la máxima autoridad profesional al ser tomadores de decisiones en temas diversos como: el control en el otorgamiento de los equipos de salud; la autorización de los programas para la formación de recursos humanos a nivel técnico, licenciatura, diplomado, especialidad, maestría y doctorado; la supervisión de la calidad de los

procesos de atención de los servicios; la autorización sobre la adquisición de bienes o servicios que requieren las áreas del hospital; la verificación del registro de los presupuestos asignados al hospital, entre otros.

El poder decisivo de los médicos los ha convertido en el grupo más representativo y emblemático para el cumplimiento de los objetivos institucionales. En la vida cotidiana del hospital existe una fuerte distinción sobre otros gremios profesionales, manifestada a través de símbolos identitarios como su nivel socioeconómico, lenguaje, vestimenta médica, número de asociaciones gremiales, así como en escenarios protagónicos para el desarrollo de su ejercicio (consultorios, quirófanos, laboratorios, salas de descanso y oficinas).

La práctica de los médicos está regulada bajo estrictos códigos nacionales e internacionales que no solo son una directriz de su actuación, además la sanciona; el HGM cuenta con un “Código Ética y Conducta”, una declaración formal sobre reglas en la relación médico-paciente, derechos y conducta del médico, así como al comportamiento del equipo sanitario. Por otro lado, debido a la complejidad de los problemas de salud de los pacientes, hay un aumento y diferenciación entre las especialidades; además se ha intensificado la interacción de los médicos con otros grupos, sobre todo a partir de la incorporación de nuevas tecnologías a los laboratorios. En el caso que nos ocupa, la relación entre médicos y trabajadores sociales se da en las más de 44 unidades del hospital, que son servicios médicos de alta especialidad agrupados en: quirúrgicos, médicos, de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

Las unidades tienen su propia estructura organizacional integrada por: jefe de servicio médico, médicos adscritos, jefe de enfermeras, personal de enfermería, trabajadores sociales y delegación administrativa (camilleros, administradores e intendentes). Cada departamento por el tipo de especialidad tiene distintas particularidades que están expresadas en sus manuales de procedimientos; por ejemplo, el personal de áreas críticas como oncología al brindar atención médica-quirúrgica, radioterapia y quimioterapia a pacientes con tumores cuenta con la mayor cantidad de médicos, enfermeras y trabajadores sociales del hospital, a diferencia de unidades como genética o anatomía patológica, que son unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento que cuentan con una menor cantidad.

Por otra parte, la incorporación de los trabajadores sociales en el HGM se dio en 1948, cuando solo eran dos con perfil técnico; a pesar de la demanda de los servicios de salud, el aumento de personal ha sido lento a diferencia de otros gremios. Actualmente son 116

trabajadores sociales; de los cuales 75 brindan servicio en el turno matutino, 11 en el vespertino, 11 en el nocturno, y 16 en sábados, domingos y festivos (HGM, 2016)¹⁴.

El ejercicio de los trabajadores sociales se rige a través de su código de ética y el de Servidores Públicos del Gobierno Federal; dependen de la Dirección General Adjunta Médica, área que “conduce las acciones médicas, de los servicios a través de la coordinación, evaluación, de las direcciones de las especialidades médicas, quirúrgicas, y apoyo al diagnóstico y tratamiento, para establecer una correcta atención preventiva, curativa de rehabilitación, a los enfermos que acuden al hospital” (HGM, 2017). Son considerados junto con la subdirección de enfermería y el departamento de epidemiología como áreas de apoyo para hacer eficiente el proceso de atención médica.

En el organigrama de la Dirección General Adjunta Médica, Trabajo Social ocupa un nivel de departamento, posee una organización interna bajo la denominación de “Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas”, organizada bajo puestos jerárquicos de: jefe de departamento, subjefe de departamento, coordinadora de enseñanza, coordinadora de investigación social, coordinadora de evaluación y control, coordinadora de información y relaciones públicas, supervisoras de trabajo social, trabajadoras sociales en unidades médicas, trabajadoras sociales de comisión sindical, y trabajadora social en comisión de capacitación.

El cargo de la mayoría de este personal es de “trabajadoras sociales en unidades médicas”, cuya función es brindar asistencia social a pacientes y familiares; sus cubículos se localizan en todas las unidades del hospital bajo la denominación de “Trabajo Social”; sin embargo, algunos no han tenido las condiciones adecuadas por su hacinamiento, carencia de iluminación y ventilación. Sus oficinas centrales se ubican en el área de “consulta externa”, que es el servicio de contacto inicial para los pacientes que requieren acceder a atenciones médicas.

Finalmente, y como se ha señalado, la aparición de las representaciones sociales se da en contextos donde existe un “intercambio de saberes y ubicación de las personas en grupos naturales y de los grupos sociales naturales en contextos sociales particulares dentro de una estructura social” (Obertí, 2015, p.159). Si bien el HGM es un escenario con estructura funcionalista, tiene algunos espacios de interlocución entre los profesionistas debido a los

¹⁴ La cantidad de personal señalada en un solo hospital, es impensable en países como España, por ejemplo, en el *Hospital Clínico San Carlos de Madrid*, que es un centro hospitalario de titularidad pública, hay solo 15 trabajadoras sociales y una coordinadora para la atención de 1,193 camas, y en el caso del HGM con una estructura departamental más amplia, hay 99 que brindan servicio a 901 camas.

problemas de salud de los pacientes, lo que posibilita su encuentro, significación e intercambio verbal.

Los médicos ocupan una posición privilegiada dentro de la organización hospitalaria, se reconoce su autoridad, autonomía y liderazgo, por lo tanto, son un gremio profesional consolidado, reproductor de prestigio, con hegemonía en la legitimización social en sus saberes. En el caso de los trabajadores sociales, en el organigrama se ubican en un lugar auxiliar o de apoyo hacia esta práctica. Ocupan un lugar que sitúa de forma distinta a sus campos de conocimiento y saberes, al desempeñar un rol de asistencia prescrito por este grupo profesional. De acuerdo con Lorente y Luxardo (2002, p.47), los trabajadores sociales tienen una disciplina que históricamente ha sido no solo sometida, “ha llegado a la academia, pero se realiza en diversos ámbitos extra-académicos de aplicación, es fundamentalmente experimental, pero no deja de tener dificultades en cuanto a su estatus científico”.

La posición que ocupa la práctica de los trabajadores sociales en la institución fue de importancia para este estudio, ya que el tejido institucional otorga una condición que orienta la configuración de representaciones sociales. En suma, con lo anterior, se refieren aquellas características contextuales que les brindan a los médicos elementos clasificatorios de la realidad, lo que accedió a interpretar los significados atribuidos al objeto.

4.2 El perfil de los médicos participantes en el estudio

Una vez referidas las singularidades del escenario situacional en donde se produce la significación entre sujeto y objeto, fue necesario analizar algunas características del perfil de los participantes en el estudio: sexo, edad, especialidad, tipo de personal, antigüedad laboral, cargo actual y otros, datos que fueron interpretados de lo general a lo particular para explicar desde dónde miran, piensan, conocen e interpretan los médicos la práctica profesional de los trabajadores sociales.

El punto de inicio para caracterizar a los médicos, fue definir de qué manera serían adjetivados, si como sujetos, actores o individuos, por eso se recurrió a la denominación “pensantes y actuantes” que emplea Jodelet (2008, p. 51) para referirse a “sujetos activos, concernidos por los diferentes aspectos de la vida cotidiana que se desarrolla en un contexto social de interacción y de inscripción”.

En consecuencia, la categoría “sujetos” se utilizó para nombrar a los médicos del HGM,

por ser un grupo situado en un mundo de vida cotidiana con un papel protagónico en la construcción de redes intersubjetivas. Se distinguen de otros gremios mediante símbolos como la bata blanca, el uniforme quirúrgico, el maletín médico, el estetoscopio y otros; sus grados educativos son los más altos del hospital; ocupan un lugar privilegiado en la estructura organizacional al ser tomadores de decisiones sobre los servicios de salud y poseen un alto reconocimiento social por sus modelos de pensamiento científico y proceso de formación e identidad.

La relevancia del rol médico también se manifiesta en las conversaciones cotidianas entre otros grupos profesionales como enfermeras y trabajadores sociales, quienes asocian su imagen con respeto, poder, autoridad e incluso egocentrismo. La posición que ocupan los convierte en importantes transmisores de significados, símbolos y mensajes, pues en ellos recae principalmente la imagen de la institución según el tipo de atención que brindan.

De acuerdo con el HGM (2016), en su *Cuaderno Estadístico Enero-Septiembre del HGM*, los médicos son el segundo grupo profesional más grande del hospital, el primer lugar lo ocupan las enfermeras con 1,914 plazas; sin embargo, no cuentan con los espacios de poder que tienen los médicos, gremio constituido por 1,222 integrantes, de los cuales 890 son personal de base dividido en 544 hombres y 346 mujeres. Además de contar con el apoyo de 387 residentes, decenas de internistas y prestadores de servicio social de universidades públicas y privadas.

Respecto al sexo, aunque la carrera de Médico Cirujano históricamente ha sido representada por los hombres, en la actualidad no es una profesión donde prevalezcan estereotipos de género de forma tan marcada como sucede en otras licenciaturas como: Trabajo Social, Enfermería y la rama de la educación, en donde existe predominancia del sexo femenino; sin embargo, en el rubro de las especialidades médicas sí se hallan grupos mayoritarios. Osornio y Palomino (2015) revelan que Salud Pública, Oftalmología, Anatomía Patológica, Pediatría, Medicina de Rehabilitación, Anestesiología y Medicina Familiar concentran principalmente mujeres; mientras Traumatología, Ortopedia y Cirugía General, tradicionalmente son consideradas de hombres por ser las más prestigiadas y con más alta remuneración en el campo de la medicina.

Campillo (2014) señala que, en el ciclo escolar 2013-2014, de las más de 114 mil personas matriculadas en la carrera de medicina en todo el país, 52.7% son mujeres y 47.3%, hombres; no obstante, aunque poco más de la mitad de los egresados fueron mujeres, el 86% de

los hombres son quienes ocupan las plazas de médicos generales o especialistas en alguna institución pública o privada, contra el 75% de las mujeres.

En este caso, durante la primera etapa del estudio participaron 132 médicos, de los cuales 60% (79) fueron mujeres y 40% (53) hombres, siendo ellas las que mostraron mayor disposición para colaborar. Debe señalarse que de este universo médico, sobresalieron en un 21% (27) personal de base con un rango etario de 35 a 60 años, cuya antigüedad laboral era de 6 a más de 36 años, tiempo en el que han prestado sus servicios a la institución y que refiere experiencias reflejadas en el dominio de su práctica (ver el Cuadro 6).

Cuadro 6.
Concentrado de datos generales de los médicos participantes en el cuestionario

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

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

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

La trayectoria profesional de estos médicos de base es amplia, e inicia desde su ingreso a la carrera hasta su colocación como especialistas en el sector salud. Algunos de ellos realizaron sus especialidades o subespecialidades en México y el extranjero; otros se han desempeñado como docentes e investigadores de prestigiosas universidades como la UNAM, y hay quienes

ocuparon puestos de jefatura y coordinación en los servicios del hospital. Aquí un testimonio de un médico adscrito:

...estudí en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas en Cuba, hice medicina en ocho años, fui a hacer investigación con servicio social en Israel, regresé e hice medicina interna en México, participé y terminé lo que viene siendo neumología, me fui a Calgary Canadá a hacer rehabilitación respiratoria y regresé a México una vez más y aquí me contrataron (E2-MA).

La práctica profesional realizada por los médicos es diversa y a la vez específica, debido a que las especialidades están enfocadas en una parte del cuerpo. Una de sus funciones es la asistencia a los pacientes que implica consultas médicas, diagnósticos, seguimiento de los tratamientos, atención a casos de emergencia e intervenciones quirúrgicas. Además, fungen como responsables de la enseñanza de los residentes, convirtiéndose en importantes transmisores de conocimientos, informaciones y experiencias, como se muestra en el próximo fragmento de entrevista de una médica adscrita:

...la principal actividad que desarrollo es la asistencia a pacientes hospitalizados y de consulta externa; otra es respecto a la formación de estudiantes de pre y posgrado en medicina interna, y la otra, aunque ésa no es tan continua, en trabajos de investigación (E8-MA).

Durante su trayectoria formativa, los principales puntos de encuentro que tienen con los trabajadores sociales han sido en las unidades hospitalarias, sobre todo en su etapa de médicos internos, prestadores de servicio social y residentes, donde realizaron rotaciones en distintos servicios, lo que les ha permitido construir una forma particular de entender la práctica de estos profesionistas.

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

Al ser una carrera de seis años y con una alta exigencia formativa, la medicina tiene procesos de egreso más tardíos, a diferencia de otras licenciaturas como Trabajo Social en la UNAM que dura cuatro años y medio, donde un estudiante con una trayectoria regular concluye a los 22 años, y la mayoría busca incorporarse a un ámbito laboral relacionado con su campo de estudio sin visualizar inmediatamente los estudios de posgrado. En cambio, es más frecuente que

médicos recién egresados manifiesten algún tipo de interés por una especialidad, grado más común en la medicina y que representa mayores posibilidades de prestigio, remuneración económica y mejores cargos en el sistema de salud.

Para ingresar al HGM, los residentes concursaron por una de las plazas a través del Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), prueba dirigida a médicos cirujanos que desean cursar una especialidad dentro del Sistema Nacional de Salud. Los motivos por los cuales eligieron esta institución fueron: las posibilidades de enseñanza para estudiantes de posgrado; el desarrollo científico de las especialidades, y la plantilla renombrada de médicos que laboran en esta institución.

El HGM es una de las principales unidades receptoras de residentes de todo el país, además de un hospital-escuela de gran relevancia por su alto desarrollo en áreas de enseñanza, investigación, docencia y modelos de atención en las especialidades, sus egresados han tenido un papel relevante en la historia de la medicina mexicana, convirtiéndose en un escenario de supremacía en la formación y la práctica médica.

Al encontrarse en una etapa de formación profesional, los residentes que cursan en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2008), un posgrado bajo el *Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)*, realizan un trabajo de asistencia a los pacientes desarrollado ininterrumpidamente del primero al último año. Como parte de su formación profesional tienen una carga de 34 horas semanales más las guardias médicas, estancias intrahospitalarias obligatorias que pueden prologarse hasta 36 horas continuas; asimismo deben asistir a seminarios de atención médica, investigación y educación¹⁵.

Dentro de la estructura organizacional del hospital, este grupo de médicos tiene un “bajo rango” por ser personal subordinado al médico adscrito, lo que significa que deben seguir órdenes y cumplir con los deberes impuestos, dado que cualquier acto inadecuado que desencadene la residencia tiene implicaciones para el titular. Su permanencia en la institución es transitoria y se integran al equipo médico bajo un contrato de becario que contiene cierta naturaleza laboral al integrar: una jornada de trabajo, derechos a periodos vacacionales, bonos sexenales, acceso al servicio de comedor y prestación de uniformes; sin embargo, no generan antigüedad.

¹⁵ Este plan curricular está organizado en una construcción conceptual funcional, está destinado a conducir acciones educativas médicas consideradas social y culturalmente valiosas y profesionalmente eficaces, cuyo diseño ha sido consecuencia de acciones de disenso que establecen diversos compromisos consensuados entre la Facultad de Medicina, las Instituciones de Salud y los Consejos Mexicanos de Especialistas, en relación con los procesos educativos de este personal de salud” (PUEM, 2008).

La experiencia profesional de este grupo de médicos corresponde principalmente a las prácticas desarrolladas durante sus procesos formativos, es decir, el internado médico y el servicio social. El primero tiene una duración de un año y forma parte de los planes de estudio de la licenciatura en medicina y se realiza en clínicas, hospitales e institutos de salud, donde ponen en práctica los conocimientos adquiridos durante los primeros cinco años de la carrera. El segundo es un requisito obligatorio de titulación efectuado en doce meses continuos bajo actividades de asistencia médica, docencia o investigación, tal y como lo refiere el siguiente médico residente:

...desempeñé trabajo como docente durante tres años en el departamento de biología celular e histología médica de la Facultad de Medicina de la UNAM, prácticamente impartía clases a grupos de primer año, eran cinco horas a la semana y durante la carrera acudí a diversos congresos y participé en algunos de ellos como expositor, realicé mi servicio social en el mismo departamento donde trabajé dando clases y mi internado lo realicé en el Hospital General de Zona 1A, "Venados" (E3-R2).

Las actividades que efectúan los residentes dependen del tipo de especialidad y sobre todo de su nivel de avance académico, lo que les permite una mayor intervención con el paciente; por ejemplo, un residente de oncología efectúa rotaciones externas durante los primeros cinco años, aunque solo hace guardias de hospitalización de medicina interna y atención ambulatoria de tercero a quinto año. Una de las coincidencias en la práctica de todos los residentes es la atención médica, eje considerado como rector en su proceso de formación, al constituirse un espacio de aprendizaje "...mediante la aplicación permanente de los conocimientos adquiridos por los alumnos y en el desarrollo de habilidades intelectuales" (PUEM, 2008).

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

La información presentada da cuenta de que estamos frente a sujetos con marcos sociales matizados por una profesión con una fuerte predeterminación social, incluso sobre los rasgos personales de quienes la ejercen. Los médicos se caracterizan por ser un personal altamente competitivo, pues en este campo existen especialidades con mayor prestigio y remuneración económica, por ejemplo: cirugía ortopédica, cardiología, gastroenterología, oncología, dermatología, radiología, neumología, cirugía general y pediatría (Podolsky, 2017).

El grupo en cuestión ocupa un lugar privilegiado en el sector salud, son acumuladores de

poder y conocimiento, en sus relaciones sociales con los demás profesionistas anteponen sus trayectorias e identidades, por consiguiente, las maneras en que ven, piensan, conocen, sienten e interpretan su mundo de vida, tiene como telón de fondo la formación y jerarquía médica que impacta en la producción de representaciones sociales.

Para la interpretación del contenido y sentido de las representaciones sociales de los médicos, se usaron el campo de representación, la actitud y la información con fines didácticos y empíricos de las dimensiones teóricas. Su utilización permitió responder a la pregunta central del estudio: ¿cuáles son y cómo se organizan las representaciones sociales sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales?

4.3 Interpretación de las tres dimensiones: campo de representación, actitud e información

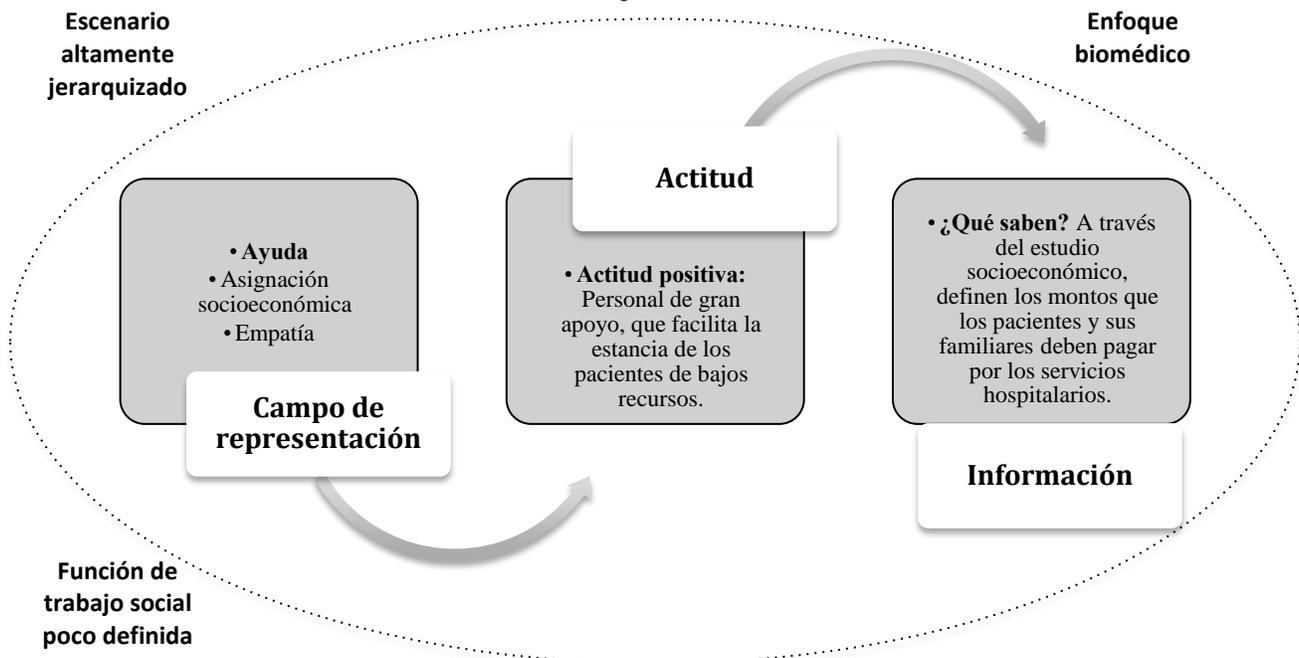
Como se ha mencionado, el HGM es una institución cuya dinámica laboral ha instaurado formas de interacción, prácticas, normas y valores, que condicionan las relaciones entre médicos y trabajadores sociales. Es por ello que las representaciones sociales están altamente unidas con el contexto del que emergen, de ahí que se identifiquen tres elementos que influyen en la configuración de representaciones sobre el objeto: escenario altamente jerarquizado, enfoque biomédico en el abordaje de los problemáticas de salud y función de trabajo social poco definida. Si bien los entrevistados desarrollan su ejercicio profesional bajo los lineamientos dictados por la institución, son sujetos activos situados en un tiempo y espacio, que participan en la elaboración del contexto social. Forman parte de un grupo que socialmente representa el ideal de profesión, sus trayectorias profesionales les han permitido generar experiencias con los trabajadores sociales que sirven de referentes para la construcción de sus representaciones sociales.

Los médicos participantes en el estudio tienen una representación social sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales, correspondiente a un ejercicio basado en actividades de ayuda que facilitan la estancia de los pacientes en el hospital. Aunque no minimizan su importancia al considerarlos una pieza clave del movimiento hospitalario, no los representan como un grupo de profesionistas que contribuyan en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad de los pacientes con conocimientos del área social, pues asocian su práctica principalmente con tareas administrativas como la aplicación de estudios socioeconómicos.

Para llegar a la conclusión señalada, se desarrolló un análisis organizado a través de las tres dimensiones de las representaciones sociales (campo de representación, actitud e

información); es por ello que como punto de partida se presentan los principales hallazgos con la Figura 5, para luego explicarlos en los siguientes apartado.

Figura 5.
Síntesis de la representación social de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales



Fuente: Elaboración propia con base en el análisis de las representaciones sociales de los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

4.3.1 El campo de representación: la ayuda como característica de la práctica del trabajador social

En la actualidad, si se les pregunta a las personas qué saben sobre un médico, abogado, ingeniero o maestro, viene a su mente una serie de imágenes sobre dichos profesionistas; sin embargo, cuando se habla del trabajador social, se hacen pocas o nulas alusiones, en cambio se generan una serie de preguntas como: qué es un trabajador social, qué hace, cuál es su campo laboral y otras que reflejan el poco conocimiento en torno a ellos. Una forma de profundizar al respecto, es través de la dimensión de campo de representación que permite analizar: imagen, organización del contenido y jerarquización de elementos que quedan concretamente integrados a esquemas figurativos. Para Ibáñez (1994) y Herzlich (1975), es la dimensión más compleja, interesante y original de la propuesta de Moscovici, al asociarla con la idea de imagen, modelo social, estructura y organización de la representación, que con un mínimo de información construye un

espacio figurativo articulado que sirve para contextualizar al objeto (Wagner y Elejabarrieta, 1994).

Para estudiarlo, Banchs (1982), refiere que no basta un párrafo o una frase, sino debe considerarse la totalidad del discurso producido sobre el objeto. En ese sentido, autoras como Mireles (2016), se han auxiliado de diversos instrumentos (asociación libre, entrevista y cuestionario) para analizar esquema figurativo, campos semánticos y significados globales. En este caso, la vía para aproximarse al campo de representación fue la asociación libre, considerada por Abric (2001) como uno de los métodos asociativos más idóneos para el acceso al esquema figurativo, porque permite recolectar elementos constitutivos del contenido de una representación.

Para identificar mayores elementos de acceso al campo de representación, se diseñó un ejercicio asociativo integrado por los siguientes apartados: tres palabras, jerarquización y redacción de una frase sobre el orden brindado. En cada uno, los sujetos expresaron, sin restricción, sus ideas, valoraciones y pensamientos sobre la frase inductora “práctica profesional de los trabajadores sociales”.

El criterio para seleccionar y organizar la información, recayó en las palabras que obtuvieron los pesos semánticos más altos de la cadena asociativa. En los resultados se identificaron términos no solo relacionados con la imagen, algunos evidencian actitudes e informaciones sobre el objeto. Al respecto, Mireles (2016) señala que las tres dimensiones de las representaciones sociales aparecen sobrepuestas porque los pensamientos de sentido común conjugan elementos cognitivos y sociales. La fragmentación de las tres dimensiones responde a fines de análisis y presentación de los hallazgos por parte de los investigadores.

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

Debe señalarse que no se hizo una comparación entre los ejercicios asociativos de los médicos de base y residentes, como sucedió en algunos estudios de representaciones sociales

(Mireles 2016, Piñero, 2009 y Torres 2004), mediante una equiparación por: áreas de conocimiento, origen social y otras. En este caso, dado que el número de participantes por grupo (médicos residentes y de base) fue inequitativo, no se planteó como un objetivo de investigación; además, los resultados evidenciaron más coincidencias que diferencias en su forma de organización y significados.

La sistematización del ejercicio asociativo se logró mediante la técnica de redes semánticas naturales (Valdez, 1999; Reyes, 1993), la cual permitió recuperar datos como: *Valor J* (tamaño de la red), *VM* (peso semántico), *VFMG* (distancia semántica) y *Conjunto SAM* (*Semantic Assotiation Memory*) que integró las 10 palabras con los pesos semánticos más altos (mayores al 18%), y dio cuenta del esquema figurativo de la cadena asociativa.

Previo a la obtención del *Valor J*, se realizó un procedimiento de depuración con 170 cuestionarios, 38 de los cuales fueron descartados, porque eran instrumentos no contestados, ilegibles o incompletos en la sección del ejercicio asociativo. Sin embargo, esto no le restó significatividad al objeto de representación, porque de la muestra inicial, el 78% (132) produjo una red de 396 palabras, sin presentar dificultades para el desarrollo del ejercicio al escribir los tres términos, organizarlos jerárquicamente y dar una explicación sobre su significado.

El procedimiento mencionado permitió identificar que la “práctica profesional de los trabajadores sociales” es un objeto de representación para los médicos, porque las palabras escritas no están dissociadas de la frase estímulo, además hay un grado de cohesión entre los términos de 5.42, el cual es un indicativo del nivel de consenso entre algunos vocablos, como se muestra en el Cuadro 7.

La lista de palabras tuvo un proceso depurativo que consistió en agruparlas por sinónimos, plurales, femeninos, masculinos, y aquéllos con una misma índole de significado, según el concepto redactado por el sujeto; por ejemplo, los vocablos: información-orientación; economía-socioeconómica y apoyo-ayuda, fueron integrados al término con el mayor número de repeticiones.

Con base en el procedimiento descrito se concentró una lista final de 73 términos, de los cuales 9 tuvieron los pesos semánticos más altos, entre ellos: *ayuda*, *asignación socioeconómica* y *empatía*, con un grado alto de 104 a 61 repeticiones; mientras que *amabilidad*, *trámites administrativos*, *orientación*, *responsable*, *pacientes* y *resolutivos*, obtuvieron un nivel medio de

49 a 26; en tanto, los 64 vocablos restantes muestran un grado de dispersión (19 a 1), como se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 7.
Resultados de la frase inductora
“Práctica profesional de los trabajadores sociales”

Palabras	VM (peso semántico)	VFMG (distancia semántica)	
1.- Ayuda	104	100%	Rango alto de 104 a 61
2.- Asignación socioeconómica	69	66%	
3.- Empatía	61	59%	
4.- Amabilidad	49	47%	Rango medio de 49 a 26
5.- Trámites administrativos	38	37%	
6.- Orientación	35	34%	
7.- Responsable	32	31%	
8.- Pacientes	30	29%	Decremento de la red 19 a 1
9.- Resolutivos	26	25%	
10.- Entorno social	19	18%	
11.- Necesidad	17	16%	
12.- Comunicación	15	14%	
13.- Familia	14	13%	
<i>Valor J (tamaño de la red)</i>		792	

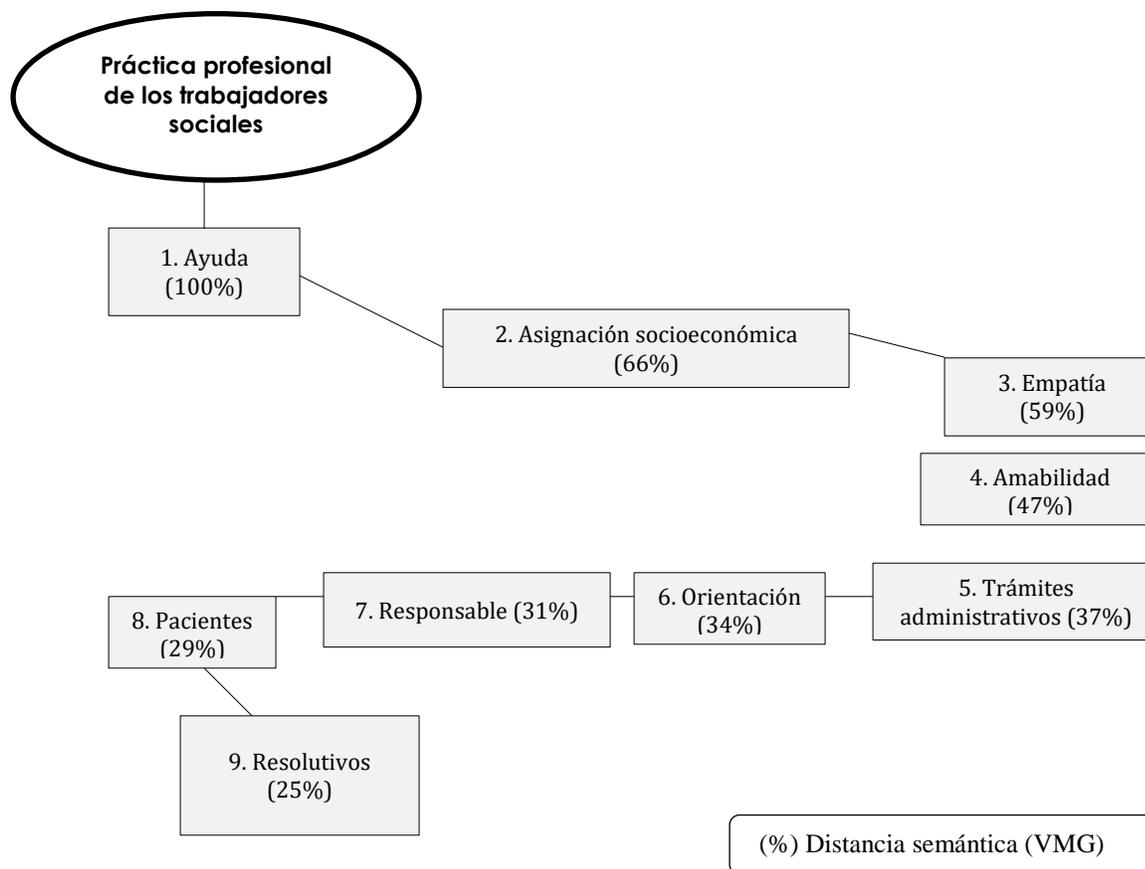
Conjunto SAM

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

En palabras de Ibáñez (1994), una de las características del campo de representación es que sus elementos hacen referencia a orden, es decir, dan cuenta de la estructura interna que adoptan cuando quedan constituidos; sus componentes se organizan en torno a un esquema figurativo o núcleo, que constituye la parte más sólida o estable de la representación por su peso y significado.

Por ende, en la figura 6 se presentan los términos utilizados por los médicos para referirse al objeto de representación, organizados de forma jerárquica según su rango de aparición, lo que significa que la palabra 1 es la de mayor peso, y la 9 de menor; asimismo, las líneas que separan cada vocablo reflejan su nivel de alejamiento.

Figura 6.
Esquema figurativo de la frase inductora
“Práctica profesional de los trabajadores sociales”

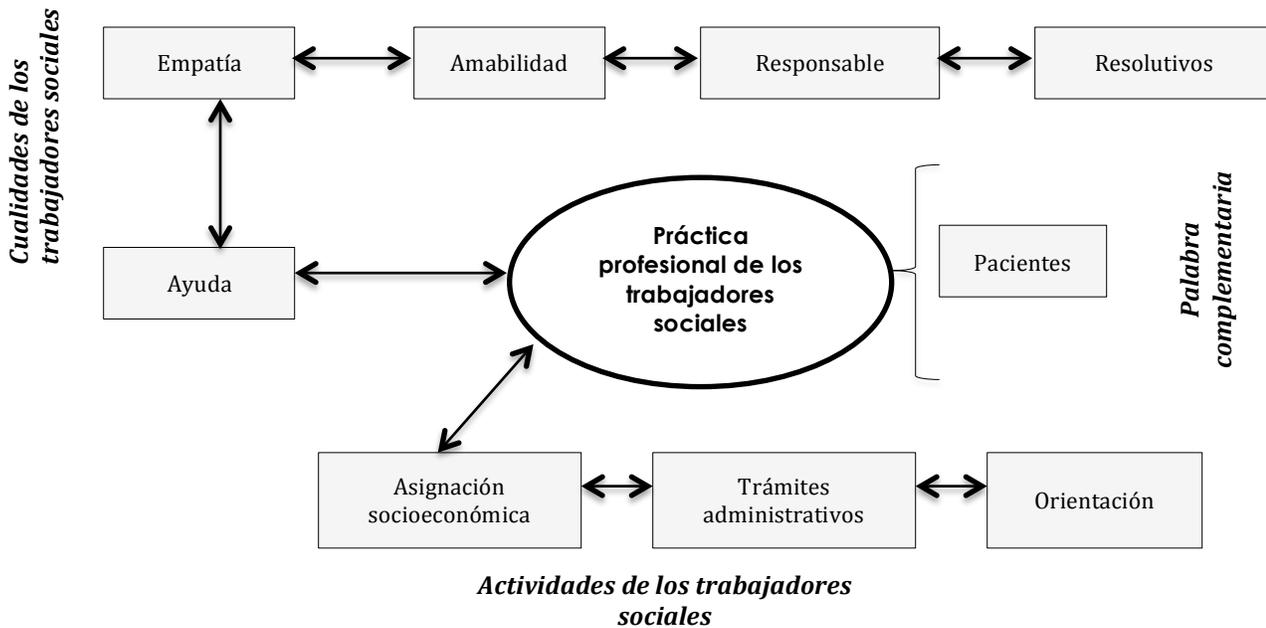


Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del ejercicio de asociación libre.

El esquema de la Figura 6 refiere a la organización de su contenido concreto y jerarquización de sus elementos. Para analizar la cadena asociativa, según Ibáñez (1994), debe considerarse que éstos no pueden ser presentados de forma dispar, sino buscar su conexión para dar cuenta de una unidad funcional fuertemente estructurada.

Para visualizar cómo se relacionan los términos que integraron la red, se agruparon por significado, similitud, relación y peso semántico; solo *pacientes* no fue considerada de este modo por ser una palabra complementaria al significado de las principales. Esta concentración permitió identificar dos campos semánticos denominados: cualidades y actividades de los trabajadores sociales (ver la Figura 7).

Figura 7.
Relación de los términos en campos semánticos



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

El campo semántico¹⁶. “cualidades de los trabajadores sociales” permitió agrupar cinco de los nueve términos que integran el *Conjunto SAM*: *ayuda, empatía, amabilidad, responsable y resolutivos*. Fue titulado de esta forma porque sus significados aludieron a rasgos, características y peculiaridades percibidas por los médicos en el comportamiento del trabajador social cuando éste desarrolla su práctica con los pacientes y familiares.

Aunque las palabras que integraron este grupo semántico podrían atribuirse a la dimensión de actitud, porque en su significado expresan valoraciones positivas, negativas o neutras, no se excluyeron del análisis de campo de representación por concentrar la mayor carga semántica de la cadena asociativa (ver el Cuadro 8), sin embargo, en el apartado 4.4, estos elementos fueron profundizados con el estudio de las actitudes.

¹⁶ De acuerdo con Valdez (1999, p. 75), se entiende por campo o categorías semánticas, “las relaciones de sinonimia que tienen algunas de las palabras definidoras que fueron generadas por los sujetos ante un estímulo particular. Se plantearon con la finalidad de compactar la información obtenida, a través de la técnica de redes semánticas naturales, tratándola de hacerla más manejable y, sobre todo, para no perder una buena cantidad de información que pudiera ser representativa del significado del estímulo definido”.

Cuadro 8.
Cualidades de los trabajadores sociales

Palabras	VM (peso semántico)	VFMG (distancia semántica)
1.- Ayuda	104	100%
2.- Empatía	61	59%
3.- Amabilidad	49	47%
4.- Responsable	32	31%
5.- Resolutivos	26	25%

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

El campo semántico “cualidades de los trabajadores sociales” integró los vocablos de mayor sentido positivo y dinamismo de la red, por la amplitud de sus significados, que en conjunto concretaron la imagen de una práctica asociada con una actitud de servicio. Las palabras: *ayuda*, *empatía*, *amabilidad* y *resolución*, pese a no ser antónimos ni sinónimos, refirieron cualidades de los trabajadores sociales en el desarrollo de su ejercicio; estos vocablos tuvieron el 51% del peso semántico del *Conjunto SAM*, solo entre *ayuda* y *empatía* hubo 55 menciones de diferencia, los demás presentaron distancias cortas que oscilaron entre los 12 y 3 puntos.

De acuerdo con Jodelet (1984), las representaciones sociales se presentan de formas variadas, una de ellas es mediante las imágenes condensadas en un conjunto de significados. Por lo tanto, no es extraño el énfasis brindado por los médicos a las cualidades de los trabajadores sociales, si se considera que se manejan bajo estrictos códigos que regulan su comportamiento; además que en el contenido de sus representaciones sociales aparecen sus identidades conectadas con el sistema de valores con el que asumen su vida cotidiana, lo que permiten situarlos dentro de un campo social (Abric, 2001).

Otro de los elementos que pudieron ser identificados, fue el uso de metáforas en las frases utilizadas por los médicos para explicar el significado de los términos. Rodríguez (2007) menciona que desde la obra original de Moscovici se ha insistido en la importancia de su estudio, porque juegan un papel preponderante en la organización del pensamiento, experiencia y acción, además es una manera de encontrar jerarquías en los contenidos de una representación. En ese sentido, se identificaron en la sección de “por qué” del ejercicio asociativo expresiones como: “les falta cacarear más el huevo” y “se pone en los zapatos de los demás”; la primera refiere a un trabajador social que poco evidencia su actividad profesional, y la segunda, a su capacidad empática para comprender la situación de los pacientes.

La metáfora “se ponen en los zapatos de los demás” fue una de las frases utilizadas por los médicos para significar la palabra *ayuda*, que presentó el rango de aparición más alto de toda la cadena asociativa (105), seguida de *asignación socioeconómica*, pero con 35 puntos de diferencia. A partir de este término, la distancia con los demás fue más estable al oscilar en un rango de 3 y 12 puntos.

Para referir el alejamiento entre cada término, no bastó la identificación de las disimilitudes en los pesos semánticos, fue necesario analizar los significados, al respecto Mercado (2002, p. 55) expone “...sólo podrán distinguirse sometiéndolos a un análisis conceptual, ya que aparecen frecuentemente anudados en torno a esquemas figurativos o núcleos centrales”.

En virtud de ello, la RAE (2014) define *ayuda* como “acción que una persona hace de manera desinteresada para otra por aliviarle el trabajo, para que consiga un determinado fin, para paliar o evitar una situación de aprieto o riesgo que le pueda afectar”, esto indica un acto de asistencia, cuidado y atención que no solo está presente en trabajo social, sino también en profesiones como enfermería, psicología, educación especial y otras carreras de ayuda, dirigidas a mejorar el estado o entorno de los sujetos, grupos y comunidades.

La asociación de la práctica del trabajador social con el concepto de *ayuda* guarda relación con una de las tesis sobre el origen de la profesión, cuyos antecedentes se remontan a las condiciones de vida precaria de la población en la transición de una economía agraria a una industrial, así como con los compromisos de la iglesia católica por aliviar miseria y pobreza de las sociedades (Deslauriers y Hurtubise, 2007). En el caso del campo sanitario, a las primeras visitadoras sociales se les asignaron funciones primordialmente vinculadas con la asistencia y beneficencia social. Aylwin (1999) sostiene que las percepciones generadas sobre una disciplina dependen en gran medida de su pasado, pues en este periodo surgen las primeras identificaciones que dan origen a la carrera y le permiten desempeñar un papel en la sociedad, en el caso de trabajo social hay una fuerte vinculación con prácticas de asistencialismo cristiano.

La palabra *ayuda* es significada por los médicos como la capacidad que tienen los trabajadores sociales para la resolución de problemas económicos de los pacientes y familiares, cuyos ingresos resultan insuficientes para enfrentar su condición de vulnerabilidad frente al tratamiento prescrito. Esta evocación que encabeza la cadena asociativa le brinda una condición a

la práctica profesional al ceñirla a un trabajo masivo con grupos en situación de pobreza, lo que le restringe otras posibilidades de intervención.

Al aumentar la demanda de ayuda por la población que recibe los servicios de salud del HGM, provoca que coexistan prácticas de beneficencia desarrolladas por dos actores principales: la organización del voluntariado¹⁷ y los trabajadores sociales, quienes brindan atención a las necesidades y problemas sociales de grupos en condiciones de desventaja como: niños; adultos mayores; personas con capacidades diferentes; pacientes con alteración del estado de conciencia; mujeres embarazadas; personas pertenecientes a comunidades indígenas; farmacodependientes; individuos en situación de calle; inmigrantes; personas que carezcan de familiar responsable y/o abandonado, entre otros. Según los médicos, la diferencia entre ambos actores radica en que la ayuda brindada por los trabajadores sociales se apega a lineamientos institucionales y se formaliza a través de instrumentos técnico-administrativos.

Para los médicos, la *ayuda* que ejercen los trabajadores sociales tiene una lógica benefactora y de buena voluntad por estar dirigida a pacientes y/o familiares de bajos recursos. Relacionan este concepto con la capacidad de identificar necesidades y problemas sociales; realizar procesos de clasificación socioeconómica; ofrecer información sobre los servicios hospitalarios; ubicar a los familiares en albergues o gestionar apoyos como despensas y medicamentos ante otras instituciones. Aquí algunas expresiones de médicos residentes recuperadas del ejercicio asociativo:

Ayuda a ver qué o cuáles son los problemas del paciente para poder hacer una intervención (EAL98-MR2).

Brindan una explicación que ayuda y facilita al paciente y sus familiares, ya que desconocen el movimiento hospitalario (EAL87-MR3).

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

¹⁷ Según el HGM (2016), la “Organización del Voluntariado” es una organización altruista, sin fines de lucro, cuya finalidad es proveer de manera directa los insumos necesarios para la reintegración digna a su vida familiar, social y económica de los pacientes hospitalizados en esta institución. Debido a que su condición económica está en desventaja y no tienen la capacidad para obtenerlos.

tiene como sellos distintivos: humanismo, calidez, solidaridad y altruismo, como se muestra en las siguientes expresiones de médicos adscritos y residentes:

El paciente debe sentir que el trabajador social está consciente de su situación (EAL59-MA).

El trabajador social entabla comunicación afectiva (EAL129-MR4).

Debe cumplir con su presencia en tiempo y forma para ayudar a pacientes y facilitar su trato (EAL71-MR3).

La única palabra que hizo referencia a las habilidades profesionales de los trabajadores sociales fue *resolutivos* con un peso semántico de 26; no obstante, aunque es un término con una connotación positiva, apareció en el noveno lugar, sitio donde empieza a observarse un decremento en la red. Este vocablo fue significado como destreza y capacidad de respuesta de los trabajadores sociales para conseguir recursos, apoyos, generar redes, agilizar trámites, realizar gestiones y localizar familiares de los pacientes.

Por otro lado, el segundo grupo de palabras denominado “actividades de los trabajadores sociales”, recopiló términos que refirieron tareas específicas de su ejercicio profesional, enunciadas a partir de las experiencias que los médicos han tenido con estos profesionistas. Estos vocablos tuvieron el 29% del peso semántico del *Conjunto SAM* y se integraron por: *asignación socioeconómica, trámites administrativos y orientación* (ver el Cuadro 9).

Cuadro 9.
Actividades de los trabajadores sociales

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

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

La *asignación socioeconómica* es la segunda palabra de la red con el mayor número de repeticiones (es decir, un peso semántico de 69); fue considerada como la más específica y generalizadora de la lista, al significarse a través de frases como: *habitualmente..., son los encargados..., hacen..., resuelven... y su función principal es...,* expresiones utilizadas para definirla como la principal actividad de los trabajadores sociales.

Los estudios socioeconómicos han sido desarrollados por estos profesionistas desde 1951, dada su práctica con grupos vulnerables, por tanto, no es extraño que sean vinculados con su realización debido a los orígenes de la profesión. Dicha función consiste en una entrevista efectuada por trabajadores sociales al paciente y si éste se encuentra hospitalizado se efectúa al

familiar responsable; se investigan las condiciones de vida registradas mediante el llenado del estudio socioeconómico organizado generalmente en cuatro secciones: datos generales, condiciones socioeconómicas, vivienda y estado de salud, las cuales permiten determinar un nivel de clasificación del 0 al 6, según la capacidad económica que presenten, a fin de pagar la atención médica, de acuerdo con sus ingresos y gastos. Para la realización de un estudio socioeconómico, se requiere cubrir tres condiciones principales:

- 1) Que el médico solicite su aplicación porque el paciente será hospitalizado o requiere de estudios costosos para la atención de su enfermedad.
- 2) Que el paciente y/o su familia soliciten su aplicación con documentos probatorios (acta de nacimiento, credencial de identificación oficial, comprobante de ingresos y otros), en las oficinas de Trabajo Social.
- 3) Cuando el paciente ingresa por el servicio de urgencias.

En voz de los médicos, a través de la actividad de *asignación socioeconómica*, se materializa la ayuda brindada por los trabajadores sociales hacia los pacientes, porque en ella se definen los pagos a realizar según su situación económica. Aunque la clasificación otorgada en ocasiones genera discrepancias con la percepción del médico, reconocen que es su espacio de poder, porque su resolución puede perjudicar o beneficiar a los pacientes en el seguimiento de su tratamiento.

Silva y Brain (2015) definen el estudio socioeconómico como un instrumento que aporta información sustancial sobre distintos ámbitos como: las características del sujeto que lo ubican en un nivel categórico estratificado; el conocimiento del entorno familiar, económico y social para aproximar a los integrantes del equipo de salud a la realidad del usuario; las posibilidades de recuperación que el ambiente y la familia ofrecen; los factores contribuyentes o exposicionales de riesgo que participan en el proceso salud-enfermedad, entre otros.

Por lo tanto, las informaciones recuperadas en el estudio socioeconómico consisten en datos que solo los trabajadores sociales tienen. Si fueran utilizados en la elaboración de sus diagnósticos sociales y planes de tratamiento, les abrirían espacios para tomar decisiones y ejercerían un liderazgo; pero al ser poco socializada su trascendencia, lo han convertido en otro trámite administrativo que sirve para definir pagos.

Al significar la *asignación socioeconómica* como la principal actividad de los trabajadores sociales, se identificaron frases que contribuyeron a la configuración de una imagen

como “cobradores sociales” o “generadores de descuentos”; aquí algunas expresiones de los residentes:

Apoyan en los trámites para que los pacientes paguen las cuentas hospitalarias (EAL126-MR2).
Asignan el nivel socioeconómico para que les cobre el hospital (EAL1-MR3).

En un sentido generalizador, los médicos asociaron la práctica de los trabajadores sociales con diversos *trámites administrativos* como el estudio socioeconómico y la orden de pago. Así, a pesar de que ocupó el quinto lugar de la red y tuvo 38 de peso semántico (ver Cuadro 7), la palabra *trámites* fue la más utilizada en el contenido de las frases, al mencionarse no solo en los términos directamente vinculados con esta actividad, sino también como complemento de las oraciones usadas al explicar otros vocablos con los cuales se asocia la práctica profesional, por ejemplo: asesoría, atención, orientación y otras, así se muestra a continuación:

Exceso de trámites administrativos (EAL119-MR3).
Orientan sobre los trámites a realizar (EAL112-MA).
Su principal función en este hospital es la gestión de trámites administrativos (EAL37-MR2).

De los integrantes del equipo interdisciplinario de salud, los trabajadores sociales son los que tienen mayor carga administrativa, por ende, la aparición de expresiones que configuran la imagen de su práctica como: “puros papeles” o “habitualmente son los encargados de compilar papelería para el ingreso de los pacientes”, reafirman lo dicho. Estos profesionistas requisitan diversos formatos que dan continuidad a una serie de procesos: evaluación social, ingreso y egreso hospitalario, apoyo al voluntariado para pacientes hospitalizados, trámites de ambulancia, casos médicos legales, préstamo de sillas de ruedas y otros.

Los *trámites administrativos* realizados por los trabajadores sociales son desarrollados durante las fases de ingreso, permanencia y egreso de los pacientes, de allí que su contacto principal son los familiares, a quienes brindan orientación sobre diversos trámites. La palabra *orientación* es definida por RAE (2014), como un acto comunicativo, que pretender guiar a un sujeto sobre algo desconocido; ocupó el sexto lugar de la red, con un peso semántico de 35.

La configuración del tipo de imagen que tienen los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales, es congruente con las funciones asignadas por la institución, porque de una plantilla de 116, solo hay 17 que ocupan puestos de alta dirección dentro del departamento (jefe, subjefe, coordinadores y supervisoras); mientras que 99 se concentran en áreas operativas, cuyas funciones principales son de tipo técnico-administrativo: elaboración de estudios socioeconómicos; brindar asistencia a pacientes y/o familiares; aplicar instrumentos para recabar

información sobre la calidad de los servicios; gestionar ayudas diversas a los pacientes; orientar acerca de diversos trámites a realizar dentro y fuera del hospital, entre otras.

Lo anterior significa que la dinámica hospitalaria juega un papel determinante en la configuración de la imagen que tienen los médicos sobre este profesionista. Los espacios asignados para el desarrollo de su ejercicio, los coloca como un personal administrativo con una débil injerencia desde su campo disciplinar.

El encasillamiento en actividades de tipo administrativas se da desde la aparición de su rol profesional en el HGM y es consecuencia de los siguientes factores: nula o escasa presencia en escenarios de decisión institucional; limitado conocimiento de los mandos superiores sobre el rol de los trabajadores sociales, provocando que sus actividades están direccionadas hacia procedimientos técnicos-operativos. Éstos y otros elementos provocan que los médicos no tengan la imagen de un profesionista con campos de conocimientos específicos, sino como un apoyo administrativo en ámbitos sociales.

Finalmente, el análisis del campo de representación permitió construir una visión menos abstracta del esquema figurativo y perfilar las dimensiones de actitud e información, al concentrar, a través de una red integrada por palabras e interrelaciones semánticas, lo que Ibáñez (1994) denomina sustitución de elaboraciones conceptuales complejas, por elementos figurativos estables y concretos que son más accesibles al pensamiento.

El esquema figurativo de los médicos del HGM se organizó mediante los términos *ayuda* y *asignación socioeconómica*. Los sellos distintivos que caracterizaron al trabajador social fueron: sensibilidad, humanismo, solidaridad, buen trato y altruismo, manifestados en una relación de tintes asistenciales con pacientes y/o familiares en situación de carencia socioeconómica y emocional.

Para continuar con el proceso de identificación de las representaciones sociales, es necesario presentar el análisis de la dimensión “actitud” por su peso semántico en la integración de la red semántica. Ésta contribuye a develar cómo es valorada la práctica profesional de los trabajadores sociales por los médicos y qué tipo de posiciones asumen al respecto.

4.3.2 Las actitudes: ambivalencias sobre la importancia de la práctica

Como se explicó previamente, el campo de representación social de los médicos estuvo integrado por las palabras: *ayuda*, *empatía*, *amabilidad*, *responsable* y *resolutivo*, entre otras. En el

contenido de estos términos se identificaron expresiones con una orientación positiva, negativa o neutra, perfiladas a la dimensión de actitud.

La aparición de las palabras mencionadas no resultó extraña, ya que la dimensión de actitud se manifiesta de forma más frecuente que la de información y campo de representación. Al respecto, Moscovici (1971) señala que así no se cuente con datos suficientes o se tengan imágenes poco estructuradas, esto no impide que los sujetos tomen alguna postura.

Las actitudes han sido estudiadas desde la psicología, sociología y otras disciplinas que han profundizado en el estudio de alguno de sus componentes: cognitivos, afectivos y conductuales. En el enfoque de la teoría de las representaciones sociales se define esta noción como:

...disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia un objeto de representación y expresa, por lo tanto, la orientación evaluativa, en relación a este objeto. Los diversos componentes afectivos forman parte de cualquier representación, se articulan precisamente sobre esta dimensión evaluativa, imprimiendo a las representaciones sociales un carácter dinámico (Ibáñez, 1994, pp. 184-185).

Mediante las actitudes se manifiestan elementos cognitivos y afectivos, que expresan reacciones valorativas fundamentales para la estructura de un conocimiento social. Aunque esta dimensión devela una orientación general (positiva, negativa o neutra), el análisis no se reduce a su identificación en términos estandarizados o absolutos. Según Mugny y Papastamou (1984, p. 526), “la actitud no presenta únicamente un polo positivo y otro negativo; la fuente no es simplemente más o menos consistente, sino que el propio significado de cada uno de los polos es radicalmente diferente”.

En ese sentido, las actitudes de los médicos reflejaron una serie de valoraciones hacia temas como: funciones, desempeño, comportamiento, percepción salarial, entre otros elementos que caracterizan al objeto de representación. De algún modo, la recuperación de estas expresiones despierta un sentimiento de angustia e incertidumbre en los trabajadores sociales, asechados históricamente con una serie de cuestionamientos que minimizan su estatus profesional dentro de las ciencias sociales.

La pregunta detonadora que permitió recuperar la importancia, nimiedad o indiferencia que los médicos conceden a la práctica fue: ¿cuál es la importancia que tiene la práctica profesional de los trabajadores sociales en el hospital? A partir de ella surgieron otros cuestionamientos como: ¿qué tan preparados considera que están los trabajadores sociales de este hospital para enfrentar la problemática social de los pacientes?, ¿considera importante que haya

profesionistas como los trabajadores sociales en este hospital y por qué?, ¿cree que se les brinda la importancia suficiente a las actividades profesionales desarrolladas por los trabajadores sociales en este hospital?

El componente actitudinal en los discursos médicos estuvo vinculado con valores y normas con las cuales tradicionalmente han sido formados: alto sentido de competencia, responsabilidad, eficiencia, confidencialidad y otros. Sus posturas sobre el objeto se manifestaron desde su lugar jerárquico en el HGM, correspondiente al de un gremio de élite con arraigo en la tradición de su ejercicio, que utiliza criterios de distinción frente a otras profesiones de la salud.

Durante las entrevistas con los médicos sobresalieron distintas expresiones relacionadas con: la importancia de la actividad del trabajador social; su invisibilidad o indiferencia hacia la función que realizan; además de juicios que califican este ejercicio desde una relación asimétrica o desigual, donde estos profesionistas ocupan una posición subalterna.

En la opinión de los médicos, el trabajador social está encasillado en una posición subalterna, al considerarlos parte del personal administrativo que proporciona servicios sociales, y no como profesionistas del área de la salud con autoridad o saberes específicos que contribuyen en la atención de aspectos psicosociales del paciente.

Trabajo social ha sido relacionado con otras ciencias como la medicina, sin embargo, se ha preocupado poco por la construcción de sus propios referentes científicos. Basta con revisar sus planes de estudio, integrados por una importante cantidad de asignaturas provenientes de otros campos disciplinares. La posición de consumidora de saberes y la falta de especialización en el campo sanitario mexicano son elementos que condicionan su posición en la institución. Su participación en algunos servicios se ha reducido solo al llenado de instrumentos, brindándole a su práctica una categoría administrativa, como lo expresan estos médicos residentes:

“...solo sirven para dar la línea de captura” (E6-MR2).

“...como médico no tienes que estar viendo cosas administrativas, aquí cada quien tiene sus funciones específicas, y lo administrativo nosotros no lo tenemos que resolver, eso lo hacen ellos...” (E5-MR3).

Los atributos incorporados culturalmente a la investidura médica les han otorgado una visión particular que tiende a valorar, diagnosticar y proponer alternativas sobre diversas situaciones. De ahí que en los discursos de médicos adscritos con cargos de coordinadores, sobresalieran “evaluaciones” que, aunque de orden primario, señalaron la forma en cómo debería ser la práctica profesional de los trabajadores sociales. Aquí un ejemplo:

...debería haber especialidades como en la enfermería que hay residencias o especialidades, así debería suceder en trabajo social, para terapia intensiva, para urgencias, para voluntariado, porque son cosas totalmente distintas... (E2-MA).

...requiere ampliarse un poco más para ser reconocido. Casi no los conocemos (risa) como equipo médico, ni el resto de los que integramos un servicio, no sabemos cuáles son sus funciones más allá, cuando es muy amplio su trabajo (E8-MA).

Según los médicos, para mejorar la práctica del trabajador social se requiere que sean especialistas; por lo que este profesional debería saber diferenciar entre una enfermedad como diabetes, cáncer o un problema cardiorrespiratorio, pues el tipo de atención social, su impacto en estilos de vida y dinámicas familiares es muy distinto, lo cual demanda estrategias puntuales y no planteamientos generales que apliquen a todos los pacientes.

Si bien el interés por la formación continua no es una de las principales fortalezas de los trabajadores sociales del hospital, algunos se han interesado por asistir a cursos, seminarios o diplomados relacionados con el área de la salud, mas no cuentan con un grado educativo que los acredite como especialistas en el campo sanitario.

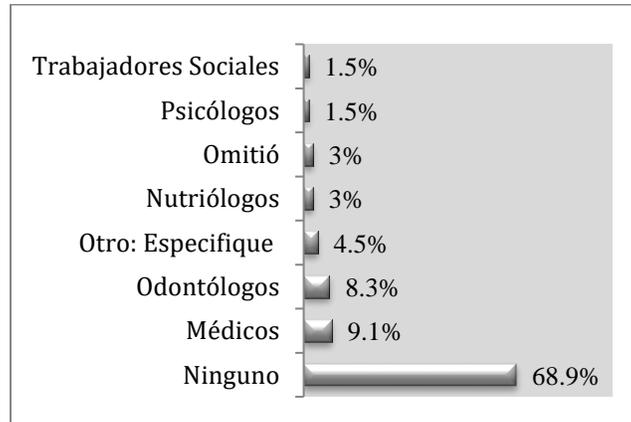
Ante la falta de reconocimiento de un conocimiento especializado en los trabajadores sociales, los médicos utilizaron expresiones con una connotación ordenativa como: *debería de...*, *requiere...*, *le falta...*, *no conoce...*, *solo sirven...* y *su principal función es...*, las cuales evidenciaron una construcción discursiva desde una posición autoritaria, con rango superior al de este profesionista. Dichas expresiones presentan una carga evaluativa al fijar posiciones que sugieren la forma en cómo debería ser la práctica de los trabajadores sociales. Según Perales y Vizcaíno (2007), en ellas se pueden identificar aspectos potenciales que revelen actitudes, dado que este tipo de valoraciones dependen no solo de la cantidad de experiencias personales acumuladas por los sujetos, sino de su significatividad, información y contexto, sin las cuales no se podría entender.

Una de las primeras preguntas realizadas a los médicos que permitieron identificar el componente actitudinal, fue cuál de los siguientes profesionistas: psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras, nutriólogos, odontólogos, médicos u otros podrían ser prescindibles. La intención de la interrogante era conocer cuál de esas profesiones excluirían u omitirían por no considerarse necesario su trabajo en el hospital.

Se obtuvo que el 69% de los médicos refirió que ninguno, pues en las últimas décadas se ha pasado de una centralización de la asistencia médica a una socio-sanitaria, es decir, otros grupos profesionales se han integrado, pero con funciones específicas que contribuyen a lograr

atención integral en la salud de los pacientes. El porcentaje restante se distribuyó entre odontólogos y administrativos. Los primeros, porque han trasgredido ámbitos laborales de los médicos como los consultorios de atención privada; en tanto los segundos, debido a los conflictos que provocan las numerosas regulaciones laborales en el hospital (ver la Figura 8).

Figura 8.
Seleccione el profesionista que considere prescindible en el hospital



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

Al no mencionar a los trabajadores sociales como un grupo prescindible, se anticipó una actitud positiva y aprobatoria. Después de las enfermeras y los laboratoristas, son el grupo que más facilita su actividad, pero de una forma administrativa. Son considerados piezas clave del movimiento hospitalario al ser el primer contacto de atención sanitaria, principalmente con grupos de bajas posibilidades económicas de pago, como se manifiesta en esta declaración de un médico adscrito:

...la población a la cual nosotros atendemos, digamos que en un noventa por ciento, es de muy bajos recursos, prácticamente no tienen posibilidades, incluso a veces de pagar el transporte de sus comunidades hacia el hospital, y hay probablemente ausentismo en las consultas subsecuentes por esta razón, entonces nosotros los mandamos con trabajo social, sobre todo para que se les haga un estudio de nivel socioeconómico y se les otorgue, digamos, la letra que les correspondería y paguen menos de consulta... (E7-MA).

Para los médicos, las acciones de asistencia y ayuda al necesitado son la razón de ser de la práctica de los trabajadores sociales en el hospital; sin embargo, las actividades desarrolladas no los lleva a reconocer un conocimiento especializado en estos profesionistas. Algunos por su formación biopsicosocial están más sensibilizados con las problemáticas sociales de los pacientes, por ello valoran la importancia del trabajador social al integrarlos en discusiones sanitarias, no obstante, aseguran que a veces su participación ha dificultado el avance de los casos dado que no presentan información concreta.

Aunque los médicos no minimizan la importancia de su trabajo por las características de la población que acude a la institución, las aportaciones profesionales de los trabajadores sociales no son valoradas como trascendentales en las discusiones médicas, pues son identificados más dentro de una función administrativa dadas las características de su puesto, técnico-operativo con una orientación hacia los trámites secretariales. Así lo expresó un médico residente en este testimonio:

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

Según el HGM (2016), en su *Cuaderno Estadístico de Enero a Septiembre del HGM*, anualmente brinda más de 820,345 consultas médicas, y son los trabajadores sociales el contacto inicial de la población, por lo que ofrecen una atención bajo el esquema de demanda, sin tener definida la cantidad de usuarios que podrían recibir como sucede con médicos y enfermeras. La Jefa del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas refiere que 99 de 116 de estos profesionistas atienden más de 1000 personas diariamente, situación que condiciona la posibilidad de una intervención distinta.

Los médicos manifestaron que la plantilla de trabajadores sociales es limitada, debido a las necesidades sociales de las personas, mas no ven como prioritario su aumento. Pese al incremento de las demandas sociales, el crecimiento de la plantilla de trabajadores sociales ha sido escaso; de 2016 a 2017 solo se generaron cuatro nuevas plazas aún con la excesiva carga de trabajo y saturación que tienen durante la realización de sus labores cotidianas, este gremio no ha logrado crear la necesidad de contratar una mayor cantidad.

La importancia para los médicos de la práctica de los trabajadores sociales no se evidencia en lo cotidiano, sino cuando están ausentes. En el turno nocturno y en fines de semana se presentan momentos críticos en la salud de los pacientes, lo cual requiere una mayor presencia para la atención de las necesidades familiares.

Debido a la demanda de servicios sanitarios, la institución ha destinado oficinas específicas para el desarrollo de la práctica de los trabajadores sociales, por ser el primer contacto con la población para evaluar su capacidad de pago. Esta área se encarga de concentrar, registrar y cuantificar mensualmente, el total de clasificaciones socioeconómicas. Por ello, dentro de las instalaciones del HGM, se cuenta con un pabellón exclusivo de trabajo social en el área de

consulta externa, integrado por más de 10 oficinas, donde se aprecian filas interminables de pacientes y familiares durante todo el día.

Cada servicio de salud tiene su propio organigrama integrado por: personal médico, enfermería, nutrición, delegación administrativa (personal administrativo; admisión y archivo clínico, intendencia y camillería) así como trabajadores sociales. El que cada unidad cuente con estos profesionistas, es para los médicos una forma de reconocer la relevancia de su ejercicio en la institución, así se expresa enseguida:

...sí tienen su papel, de hecho, dentro del hospital hay un pabellón exclusivo donde se encuentran las oficinas de trabajo social, dentro de cada servicio en todos los hospitales me ha tocado ver que cada trabajador social tiene su propio lugar dentro de cada servicio; cuando no hay días laborales, o por ejemplo es fin de semana, me ha tocado ver que siempre hay en cada turno mínimo dos personas en cada hospital, entonces sí yo creo que sí les da el papel (E3-MR1).

Los médicos identificaron que los trabajadores sociales tienen una carga excesiva de trámites administrativos que limita su participación en el trabajo interdisciplinario, pero estas actividades resultan indispensables en instituciones de salud pública, por lo que son el grupo que debe desarrollarlas. Para ellos, es importante que exista personal con este perfil en la institución, porque son resolutivos. Cuando se les preguntó “si no hubiera trabajadores sociales en el hospital, ¿quiénes podrían desempeñar esta función?” Algunos refirieron que podrían ser secretarias u otro trabajador capacitado en el área social, otorgándole solo un valor administrativo a su práctica.

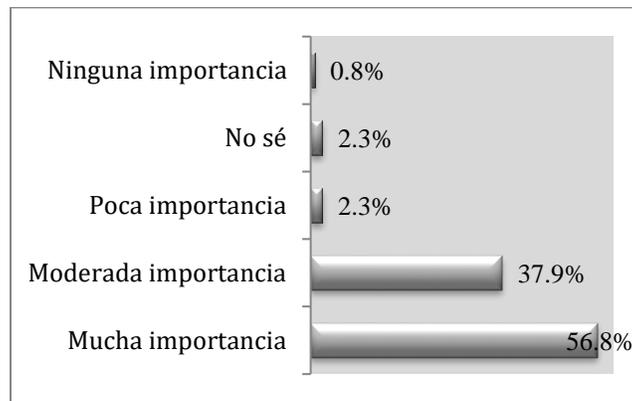
Debe señalarse que cada unidad médica presenta distintas dinámicas de trabajo, en algunos servicios como: anatomía patológica, genética y radiología, donde se enfocan al diagnóstico, el vínculo entre médico y trabajador social es solo administrativo. Mientras en medicina interna y oncología se le da mayor importancia a su rol, por concentrar pacientes en áreas de hospitalización. Por tanto, son incluidos en la planificación de la alta médica, diagnósticos, pases de visita, casos médico-legales y otros. Así, el nivel de injerencia de este profesionista en los servicios, no solo depende de las características de la especialidad, sino también de su actitud, disponibilidad, iniciativa e interés, como lo refiere este residente:

...por lo menos en medicina interna siempre se comenta que tienen que ser el médico de base, la enfermera encargada, nutrióloga y trabajo social como uno de los pilares, por lo menos aquí se les da mucha importancia a los trabajadores sociales... se le incluye en los pases de visita, en las decisiones, cuando hay un caso que se relaciona con el trabajador social, pues siempre se le da su lugar, su opinión es importante incluso interviene en las decisiones médicas (E5-MR3).

Aunque el 54% de los médicos reconocen que la práctica del trabajador social tiene mucha importancia, y otro 38% la considere moderada (ver la Figura 9), no se le piensa como una

práctica con algún tipo de centralidad. Aunque las condiciones sociales influyen en el tratamiento de los pacientes, no tienen un peso prioritario en los diagnósticos médicos, pues los trabajadores sociales no han logrado ejercer un liderazgo que les permita evidenciar su relevancia.

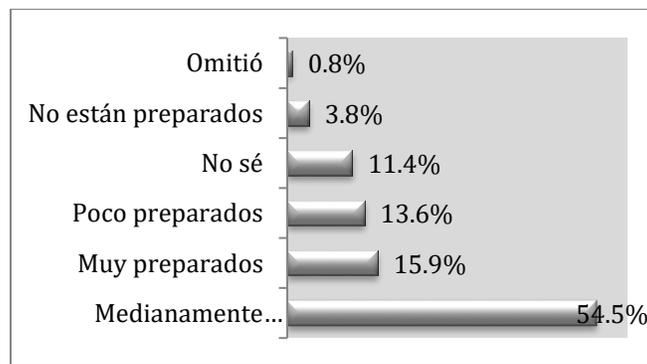
Figura 9.
Importancia que considera tiene la práctica profesional de los trabajadores sociales en el hospital



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

Los anteriores resultados también son atribuidos a la percepción en torno a su nivel de preparación académica. Para el 54% de los médicos, los trabajadores sociales están medianamente formados para enfrentar las problemáticas sociales de los pacientes, y solo el 16% opina que tienen una muy buena preparación (ver la Figura 10). Estos resultados se relacionan con el hecho de que algunos médicos aún valoran a este profesionalista como un personal técnico, y no con estudios de nivel superior.

Figura 10.
Preparación de los trabajadores sociales para enfrentar las problemáticas sociales de los pacientes



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

Otro de los elementos que muestran la importancia del trabajo social en la institución es su percepción salarial. De los integrantes del equipo sanitario, estos profesionistas son quienes cuentan con una de las más bajas retribuciones económicas, que los coloca en una clara desventaja profesional frente a otros grupos (ver el Apartado 1.1). Sus percepciones corresponden a una formación técnica y de licenciatura, aunque algunos cuentan con estudios de posgrado. La falta de reconocimiento económico con tal nivel de estudios es uno de los principales factores que impacta negativamente en la motivación de la mayoría de estos profesionistas para continuar con su formación. Esta posición asumida por algunos trabajadores sociales ha debilitado las posibilidades de crecimiento de su carrera, como se muestra en el siguiente discurso de un médico adscrito de 22 años de experiencia en esta institución:

...a un trabajador social le pagan prácticamente como un obrero, o sea como un trabajador asalariado, que bueno, todos somos asalariados, pero no se le da el valor que en realidad tiene el trabajador social, cuando digamos que a los médicos o los químicos o las enfermeras tienen, supongamos, un sueldo de diez mil pesos mensuales, al trabajador social le pagan seis mil o cinco mil, o sea no ganan a la par de otras profesiones, y no nada más es en las instituciones públicas también en las privadas (E7-MA).

De acuerdo con Perales y Vizcaíno (2007), la estructuración de las representaciones sociales en torno a las actitudes no solo depende de las características del objeto, sino también del sistema social que instaura sus relaciones. Como se ha señalado, la estructura del hospital está configurada en un orden jerárquico que expresa una clasificación de los grupos profesionales, según criterios de subordinación basados en el capital social y las representaciones que los empleadores tengan de las disciplinas. Esta forma de organización de las profesiones sanitarias reconoce que existen disciplinas con saberes autónomos y subalternos.

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

*ayudan a agilizar los trámites administrativos o incluso a evaluar..., y nos ayudan a ser resolutivos*¹⁸.

El nivel jerárquico de las profesiones es un rasgo relevante que delimita una forma de relación al interior de las instituciones. En el caso de los médicos, existen especialidades con mayor prestigio que otras, debido a que algunas requieren de una formación más amplia. Los titulares tienen más rango que los residentes, por su grado académico, categoría y experiencia. La posición ocupada por cada profesionista en el organigrama representa un criterio que influye también en la forma de trato. En consecuencia, en los servicios de salud hospitalaria se establecen relaciones basadas en un orden jerárquico, quienes poseen los más altos niveles son los médicos de base, estatus que les permite definir los mecanismos de comunicación con otros grupos profesionales como los trabajadores sociales, quienes al no contar con nombramientos o niveles académicos que sean símbolo de autoridad para este gremio, se comunican con ellos a través de enfermeras, secretarias o residentes.

Lo señalado corresponde a que los médicos poseen los niveles educativos más altos del personal sanitario, la mayoría cuenta con estudios de posgrado (especialistas o subespecialistas). Las disimilitudes entre los grados académicos y categorías salariales entre los profesionistas en cuestión, son factores que influyen en su actitud y trato, además en la consideración de sus opiniones en temas de su competencia, aquí se muestra en este testimonio de un médico adscrito:

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

La posición jerárquica de los médicos es símbolo de mando, responsabilidad y autoridad; pese a que han cedido algunos espacios a otros grupos profesionales, aún concentran la cúpula de poder en los hospitales. Su liderazgo les posibilita la toma de decisión sobre temas de atención prioritaria.

Los médicos se han suscrito con facilidad en los puestos de mayor rango en el hospital: direcciones, subdirecciones, coordinaciones, jefaturas, áreas de investigación, cargos operativos y

¹⁸ Richmond (1917, p. 56) menciona que cuando un médico trata a los trabajadores sociales como “auxiliares” alberga una vaga idea de la aportación que pueden hacer a su trabajo profesional, ya que contribuyen a la interpretación y autenticación de los hechos sociales. Este grupo profesional tiende a incorporarlos a sus propias tradiciones y a ignorar las características del trabajador social “...el médico, acostumbrado a la obediencia implícita de las enfermeras, los utiliza como chicos de los recados o para la realización de una labor semiburocrática”.

de administración de los servicios de salud; pero grupos como los trabajadores sociales han tenido accesos restringidos a dichos espacios decisivos, al no proyectar un ejercicio de autoridad profesional. Por consiguiente, la dinámica organizacional es uno de los condicionamientos que limita la posibilidad de que los trabajadores sociales aspiren a nombramientos distintos a los de su categoría y que ello tenga efecto en su reconocimiento profesional. Quienes han logrado ocupar puestos de mayor jerarquía no se les ha reconocido en una categoría distinta a la de su nombramiento original.

Otro de los factores que impacta en esta falta de reconocimiento es que la plantilla del personal de trabajadores sociales está integrada principalmente por mujeres, una condición de género que en el ejercicio laboral ha limitado su acceso a cargos de alta responsabilidad dentro de las instituciones; sus funciones, al estar asociadas con acciones de ayuda y cuidado hacia los demás, están fuera de lo que se considera como “tareas de prestigio” para prosperar laboralmente (Lorente, 2018).

Por otro lado, el gremio de trabajadores sociales en el hospital no cuenta con la misma cohesión y peso que otros grupos profesionales, al no tener una plantilla con un nivel de representación laboral como el de médicos y enfermeras, quienes han consolidado sus agrupaciones con impacto dentro de la institución.

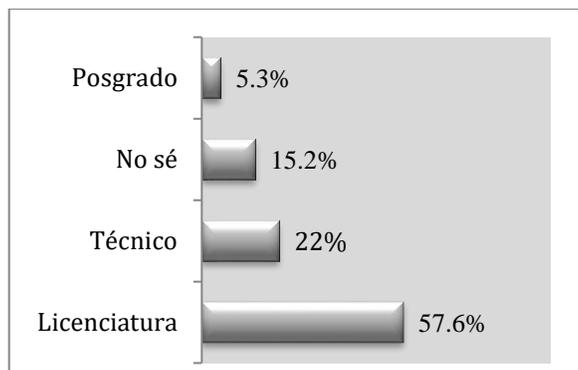
Los trabajadores sociales solo pertenecen a su departamento y se ciñen al desarrollo de actividades, de acuerdo con su manual de procedimientos: funciones, objetivos, niveles de autoridad y responsabilidad. Esta posición de subalternidad condiciona la visibilización de otras habilidades y dificulta su reconocimiento; al no tener presencia en plazas de mayor jerarquía, genera un encasillamiento que alimenta prejuicios y estereotipos sobre su rol, así se señala en esta declaración de un médico adscrito:

...jerárquicamente lo que te dicta como médico que alguien es superior a ti, es por nombramiento o académicamente, y es lo que trasciende y lo que importa, y es a lo que se le da peso, a menos que falte dinero o material, volteamos a ver al que paga o al que compra los insumos, pocas veces nos plantean que el trabajador social puede hacer mucha injerencia, tanto con el paciente como con todas las áreas de poder del médico, lo encasillan como paciente problemático que se vaya a trabajo social... trabajo social está abajo de la rama de la rama, y trabajo social podría inferir mucho desde arriba, que tuvieran en el profesiograma subdirecciones, coordinaciones (E7-MA).

Ya se ha mencionado que en ámbitos tradicionales de trabajo social: salud, educación y sistemas de procuración e impartición de justicia, el perfil técnico ha sentado las bases más representativas en las percepciones que tienen diferentes actores sobre sus posibilidades de intervención. En el caso de los médicos cuando se les preguntó “cuáles creían que eran los

niveles educativos de estos profesionistas”, 58% refirió que tienen licenciatura; 22%, técnico; 15%, no sabe, y 7%, posgrado (ver la Figura 11).

Figura 11.
Nivel de estudios de los trabajadores sociales



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

Actualmente la plantilla cuenta con un importante número de personas con nivel técnico. Según el *Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas del HGM*, 72 cuentan con licenciatura, y 39 son técnicos; mientras que en el caso de los estudios de posgrado hay una notable escasez, solo 5 tienen maestría, y no hay doctores titulados, solo estudiantes o pasantes.

El nivel de estudios técnico es el de mayor tradición en la historia de esta carrera; quienes poseen este título cuentan solo con una formación de nivel medio superior, el cual únicamente les permite desarrollar competencias generales y participar como apoyo en actividades de: promoción de servicios o programas institucionales; organización, atención y/o capacitación a grupos; orientación y colaboración en programas comunitarios; entre otras (Dirección General de Educación Tecnológica Industrial, [DEGETI], 2016).

De acuerdo con una médica adscrita con 21 años de experiencia en el HGM, la mayoría de los trabajadores sociales eran profesionistas con estudios técnicos. En la actualidad este nivel de estudios ya no posee el mismo reconocimiento social al de grados superiores. De ahí que prevalezca una débil valoración y reconocimiento de su actividad por parte de los médicos, al considerar que tienen bajos niveles educativos:

... años atrás eran puros técnicos, todos los técnicos hacían la labor de trabajo social y se les pagaba así, como técnicos, y yo creo que la gente se quedó con esa idea de que los trabajadores sociales eran técnicos, un trabajador común, aun cuando sus funciones eran bastante buenas y se sigue manejando de esa manera, pero no se le da la importancia al trabajo de estas personas que

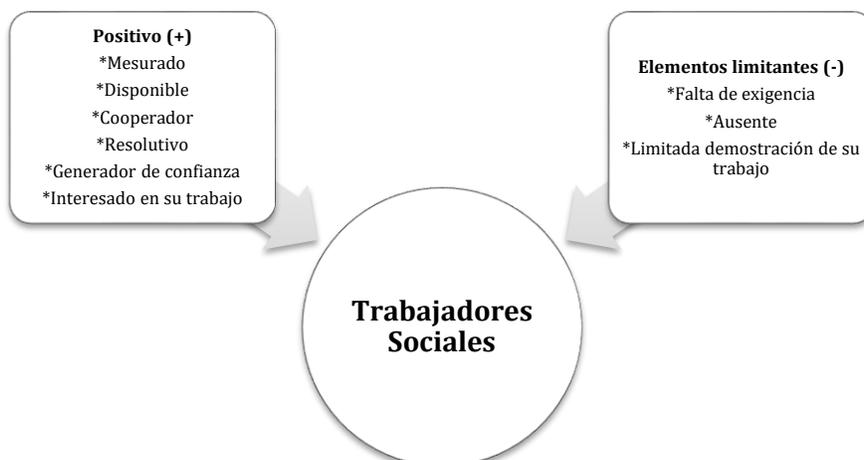
tienen una licenciatura, que están preparadas, que tienen especialidades, que tienen incluso maestrías, no se les valora como se les debería de valorar (E8-MA).

No obstante, a partir del proceso de profesionalización por el que atravesó trabajo social en el sector salud durante 1999, se ampliaron los niveles educativos de los trabajadores sociales, pues uno de sus objetivos era elevar el estatus profesional mediante un proceso de nivelación educativa, que permitiría la presencia de una mayor cantidad de licenciados en el sector salud. La posibilidad de nivelación para los trabajadores sociales provocó que distintas universidades privadas ofertaran cursos en un año y medio, a distancia y presencial en fines de semana. Sin embargo, sus planes de estudio carecían de áreas formativas en metodología y práctica de trabajo social, considerados elementos sustantivos en la preparación de sus profesionistas, lo cual provocó distintos cuestionamientos sobre la educación recibida. Aunque se logró incrementar la plantilla de licenciados en trabajo social dentro del sector salud, el impacto en la configuración de un perfil profesional más denso resultó negativo. No solo el personal técnico de esta carrera podía lograr su nivelación, sino también trabajadores sindicalizados como secretarías, archivistas o camilleros con certificado de bachillerato, quienes actualmente ocupan un número importante de las nuevas plazas de trabajadores sociales; pero cuyas competencias y habilidades de menor nivel para el ejercicio profesional dificultan un posicionamiento distinto de la práctica.

Es claro que para los médicos, la práctica profesional de los trabajadores sociales no se destaca por saberes o conocimientos, sino por una actitud de servicio. Así, se identificaron las siguientes expresiones en torno a su comportamiento profesional: *mesurado, disponible, cooperador, resolutivo, generador de confianza, interesado en su trabajo, falta de exigencia, ausente y limitada demostración de su trabajo*. Las enunciaciones presentadas están clasificadas en la figura 12, en dos categorías: positiva y elementos limitantes¹⁹, según la connotación brindada por los sujetos.

¹⁹ Se hizo uso de la frase “Elemento limitante”, en aquellas expresiones que refieren una condición que limita el desarrollo de la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Figura 12.
Valoraciones sobre el trabajador social



Fuente: Elaboración propia con información de las entrevistas.

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

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

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

En resumen, para los médicos, la relevancia de la participación de los trabajadores sociales se reduce a un nivel secretarial, porque no ejercen con la suficiente autoridad profesional

para definir qué actividades les corresponde y cuáles no. Están saturados con tareas administrativas que aceptan indistintamente sin cortar los círculos viciosos en los que ha caído su ejercicio.

Analizada la dimensión de actitud, corresponde identificar los marcos de referencia utilizados por los médicos para representar el objeto, que no pueden omitirse, ya que para la formación de representaciones sociales sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales, es necesario que exista algún tipo de contenido. En las siguientes páginas se dará cuenta de ello mediante el estudio del universo de la información.

4.3.3 La información: su configuración a partir de la dinámica hospitalaria

Como se mencionó en el análisis de la dimensión actitudinal, aunque los médicos no minimizan la importancia de la práctica profesional de los trabajadores sociales al considerarlos como una pieza clave del movimiento hospitalario, refieren que es un personal poco reconocido, debido a que la mayoría de los médicos desconocen qué otras funciones pueden desarrollar, además de la aplicación de estudios socioeconómicos. Para profundizar en esta idea se realizó un análisis de la categoría de información,²⁰ con fin de exponer a detalle qué saben los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

De acuerdo con Moscovici (1971), el eje de la información se refiere a la organización o suma de conocimientos con los que cuenta un grupo acerca de un objeto. Para su interpretación se requiere identificar aquellos datos que tienen los médicos sobre la práctica de los trabajadores sociales, además de considerar características de este grupo como: pertenencia grupal, posición en el organigrama y relación profesional, al ser elementos que matizan el tipo de información disponible al representar el objeto.

En relación con lo anterior, las principales interrogantes que sirvieron para recuperar la información de los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales fueron las siguientes: qué sabe usted sobre este grupo; qué actividades son las que realizan en el hospital;

²⁰ La dimensión de la información ha sido presentada en un importante número de investigaciones sobre representaciones sociales como el punto de partida para analizar su contenido, porque el sistema de referencias que tienen los sujetos es considerado una de las piezas clave que concede sentido a las actitudes e imágenes sobre un objeto. En la presente investigación, se expone en un tercer momento porque durante el análisis de las anteriores dimensiones aparecieron rasgos o evidencias de la información que facilitaron su proceso de comprensión. Es decir, las actitudes de los médicos se configuraron a partir de la información atribuida al objeto; en el caso del campo de representación fueron visualizadas las fuentes de datos utilizadas para conformar una imagen.

cómo se relacionan sus actividades con las de ellos; y cuáles han sido sus experiencias con estos profesionistas. Los discursos que presentaron rasgos del campo de la información se organizaron en tres tópicos principales: fuentes de referencia, conocimientos sobre el objeto y relación profesional.

Durante el proceso de análisis no se valoró si la información con la que cuentan los médicos es correcta o incorrecta, según las fuentes oficiales que han conceptualizado al objeto; tampoco se determinó su nivel de profundidad o la calidad de los saberes que poseen; el objetivo radicó en mostrar qué saben los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales.

Las expresiones generadas por los médicos sobre la dimensión de la información, no concentran complejas elaboraciones conceptuales, producto de un conocimiento especializado, más bien son manifestaciones de un pensamiento de sentido común construido desde sus experiencias con diferentes perfiles de trabajadores sociales del hospital.

En los servicios del HGM, donde diariamente los médicos desarrollan su ejercicio profesional, hay una presencia importante de trabajadores sociales al localizarse mínimo uno en cada unidad. Esto indica un contexto de inscripción donde se encuentran ambas prácticas, lo que amplía sus posibilidades de interacción y, por consiguiente, de generación de información.

Para nadie es un secreto que la vida cotidiana de un hospital se mueve a pasos acelerados por la alta demanda en sus servicios; por ende, es común observar un movimiento constante de médicos, enfermeras, trabajadores sociales, camilleros, entre otros, que desarrollan su práctica entre filas interminables de usuarios que requieren de algún tipo de atención sanitaria.

En los manuales de organización institucional del HGM, se enfatiza en la integración de un equipo interdisciplinario que contribuya al logro de objetivos en materia sanitaria. El contexto donde se desarrolla el ejercicio laboral de médicos y trabajadores sociales es un elemento que contribuye a la generación de datos e informaciones sobre sus prácticas. Aun cuando cada grupo tiene un campo de acción definido, hay casos en los que se identifican variables psicológicas, sociales y biológicas que requieren una intervención coordinada. Dicho tipo de trabajo ha permitido que los médicos tengan un conocimiento más amplio sobre la labor de este profesionista al identificar tareas que auxilian su labor, tal cual se señala en este discurso de una médica adscrita:

...a través de un caso de gestión fue cuando pude conocer un poquito más de trabajo social, y entonces ahí me di cuenta que trabajo social, por ejemplo, da orientación, información con respecto a los derechos del paciente y también del médico, que a veces nosotros no se los decimos como

médico, además fomenta la donación de órganos, fomenta el apoyo para transfusiones, sangre para que pueda transfundir a otros pacientes, aunque su enfermo no lo requiera. Da orientación en caso de tener un paciente muy grave que dependa de un sacerdote o algún pastor, de acuerdo con la religión que tengan, si hay algún enfermo que no habla español y habla algún dialecto, también puede orientar para ver quién puede venir a interpretar, entonces cuando yo estuve en ese caso de gestión me pude dar cuenta que en eso también pueden apoyar y que yo no lo sabía, entonces son muchas las funciones que ellos hacen y en la cual nos pueden ayudar y nosotros no lo sabemos (E8-MA).

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

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

Mientras que los residentes, prácticamente egresados de facultades de medicina y cuya experiencia laboral comienza a acumularse “formalmente” a partir de la obtención de su título, describen sus experiencias inmediatas expresadas desde la libertad que les da su papel de estudiantes de posgrado, al no tener una relación laboral con el hospital.

Respecto a otras fuentes informativas, se pensaría que durante el proceso de formación académica de los médicos se les proporcionaría algún tipo de datos sobre la función de los trabajadores sociales en un hospital, al formar parte del equipo interdisciplinario de salud que ellos encabezan. Sin embargo, en los planes de estudios de la licenciatura como el de médico cirujano de la UNAM, dirigido a la enseñanza del conocimiento y aplicación de las ciencias biomédicas, sociomédicas y clínicas en el ejercicio de la medicina, se hace poca referencia a este tema. Dentro las profesiones mencionadas está enfermería, situación que no es extraña porque ha habido un arraigo histórico en la vinculación de ambas carreras, que los coloca como la principal dupla del equipo de salud.

Sobre los trabajadores sociales no se hace referencia a dicho profesionista, ya que no son considerados integrantes del equipo interdisciplinario de la salud, por eso los médicos ignoran

cuál es su función y cómo pueden contribuir a su labor. Los estudiantes de esta carrera inician sus prácticas sin saber cuál es el rol que tienen en el hospital, porque durante sus estudios no se establece ningún tipo de vínculo académico entre ambos profesionistas, como se asegura en este testimonio de un médico adscrito:

En la carrera no hay ningún vínculo académico con el trabajador social, siempre te dicen, tienes que estar muy bien con tu enfermera, la tienes que capacitar, seleccionar a tu secretaria, tu asistente, tu técnico, pero nunca te hablan del trabajador social, nunca te dicen a qué se dedica, de qué se encarga, qué hace, qué funciones tiene... Yo he aprendido a partir de mi experiencia con otra trabajadora social, que hacen más de lo que yo pensaba que podían hacer, son el vínculo de comunicación interhospitalario, inter servicios, inter tratantes, cosa que a nosotros en ningún momento de la curricular nos lo avisan. Ya nos enfrentamos al trabajador social cuando en la práctica clínica tenemos un problema que resolver, y ahí es cuando nos dicen vaya con el trabajador social a ver qué opina, y es cuando nos dicen 'paciente maltratado, paciente abandonado' y ahí es cuando recuperamos la función del trabajador social (E7-MA).

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

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

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

La principal vía de conocimiento que tienen los médicos sobre la función de los trabajadores sociales es la vida cotidiana del hospital; su movimiento y dinamismo les ha permitido configurar una idea de su actividad, convirtiéndose en la materia prima para obtener información acerca de ellos. Gracias a los casos de atención clínica que requieren de una

coordinación del área médica, de enfermería y trabajo social, les ha facilitado conocer sus funciones y derribar algunas creencias que tenían sobre su actividad.

Otras necesidades vinculadas al ejercicio de médicos y trabajadores sociales son: canalización de pacientes que requieren una atención social; gestiones para el traslado de ambulancias; localización de familiares de los que se desconoce número telefónico y domicilio; al igual que la identificación de laboratorios donde pueden hacerse estudios no practicados en el hospital. Para muestra el siguiente fragmento de una entrevista a una médica adscrita:

...aquí tenemos pacientes que tienen padecimientos crónicos que no se curan, solo se controlan, entonces requerimos mucho el apoyo de trabajo social en muchos sentidos, a veces no contamos con el apoyo del familiar y ahí es donde trabajo social hace su parte. Algunas veces no contamos con algún estudio específico que requerimos para poder llegar a un diagnóstico, ahí también trabajo social nos apoya como buscando información, buscando lugares donde podamos hacer nosotros este tipo de estudios, también cuando tenemos problemas con pacientes que no viene el familiar y que requerimos darlo de alta, ahí también influye de forma importante...(E8-MA).

Otras de las fuentes de conocimiento sobre la práctica de los trabajadores sociales que a ciertos médicos les ha permitido conocer su rol, son las relaciones de amistad establecidas con ellos. Gracias a este tipo de convivencia, los médicos han manifestado el desconocimiento que tienen sobre su actividad, al no recibir información sobre ella y quedar sorprendidos con la amplitud de sus funciones.

No obstante, la noción de la mayoría de los médicos participantes en el estudio corresponde al de una práctica basada en una ayuda institucional. Este concepto y sus significantes se han anclado a la percepción en torno a estos profesionistas, al referirlos como un personal dedicado a ayudar. Por ejemplo, en este testimonio de un médico adscrito:

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

La información que tienen los médicos sobre el tipo de ayuda proporcionada por el trabajador social es de corte asistencialista y consiste en acciones humanistas, apoyos socioeconómicos, labor de acompañamiento, una actitud solidaria y de escucha a los familiares que presentan condiciones de vulnerabilidad. Por tanto, la ayuda profesional que ofrecen los trabajadores sociales debiera estar imbricada por aspectos éticos, culturales, políticos y sociales que movilicen o potencialicen recursos internos de los usuarios. No obstante, los actos

proyectados en su ejercicio se han orientado a la asistencia con la familia del paciente, mediante acciones paliativas que podrían realizarlas grupos de voluntarios sin una formación académica.

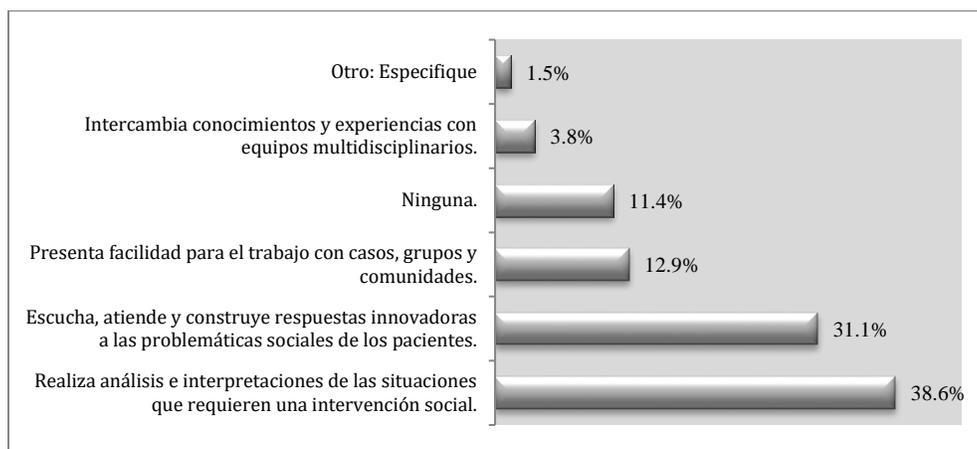
El gremio médico destaca en los trabajadores sociales actos asistencialistas, en lugar de una intervención que evidencie un conocimiento especializado en temas como: estudio de factores sociales, elaboración del duelo, procesos de planificación del alta médica, diseño de diagnósticos sociales, implementación de protocolos en momentos de crisis de los familiares por los diagnósticos médicos, entre otras.

La actuación proyectada por los trabajadores sociales ha generado la información de un grupo operativo que no produce conocimientos propios; es decir, un estereotipo que da cuenta de un personal únicamente encargado de ayudar al necesitado. Este hecho impide que otros actores como los médicos visibilicen saberes y habilidades específicas en sus prácticas.

Para académicos e investigadores provenientes del área de trabajo social resulta inquietante que la información de otros actores sobre dichos profesionistas, esté basada en acciones de asistencia, pese a que internacionalmente se han instaurado procedimientos y protocolos para la intervención del trabajador social sanitario (Colom, 2010).

Por otro lado, cuando se les preguntó a los médicos: “¿cuál es la principal habilidad que identifican en los trabajadores sociales?”, 39% destacó que realizan análisis e interpretaciones de las situaciones que requieren una intervención social; 31%, escucha, atiende y construye respuestas innovadoras a las problemáticas sociales de los pacientes; 13%, presenta facilidad para el trabajo con casos, grupos y comunidades, y 11%, ninguna (ver la Figura 13). Estos resultados refieren que difícilmente identifican una habilidad distintiva de los trabajadores sociales sobre otros gremios, a causa de la heterogeneidad de sus niveles educativos y el escaso intercambio de conocimientos que tienen con ellos por sus excesivas actividades administrativas.

Figura 13.
Principal habilidad que identifica en los trabajadores sociales de este hospital



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

Otra función destacada por los médicos en torno la práctica de los trabajadores sociales es la informativa, dado que orientan a los familiares sobre distintos procedimientos administrativos y resuelven dudas acerca de los tratamientos médicos, con un lenguaje sencillo y sin tecnicismos, como se refiere en este testimonio:

...han habido casos en los que trabajo social nos apoya de alguna manera a convencer a los familiares, porque a veces sí se niegan a realizar los estudios a los niños y a veces también interfiere en eso el trabajo social... supongo conocen no sé de técnicas (risa) o algo así que les sirven para entender mejor al familiar, porque a veces como médicos, yo creo nos quedamos cortos en la explicación y ellos a veces nos ayudan, a veces tenemos una buena respuesta de los familiares cuando ellos intervienen de esa manera (E1-MR3).

Las familias de los pacientes son consideradas por los médicos como el principal grupo de atención de los trabajadores sociales, mas no indican cuál es el tipo de labor que realizan con ellos. Suponen que utiliza técnicas que bajan la ansiedad o el mal carácter de los familiares y complementan la información médica sobre algunos cuidados que deben dársele al paciente en la vivienda.

Una de las características destacables en la labor del trabajador social con la familia es su empatía, habilidad que les permite obtener información relevante que en ocasiones los médicos no recuperan porque no establecen una relación de confianza que este grupo sí logra. Así se expresa en esta declaración de un médico adscrito con 18 años de experiencia en el hospital:

...saben tratar a las personas, saben llegar a unos puntos a los que nosotros como médicos no llegamos, puntos en los que los familiares se permiten comunicar cosas, problemas o situaciones que a los médicos no nos comunican, por diferentes situaciones, pero ellos saben cómo llegar, saben cómo atenderlos y cómo obtener la información apropiada (E2-MA).

Para el personal médico, los trabajadores sociales tienen una amplia cantidad de actividades: el acompañamiento emocional a pacientes y familiares, las evaluaciones socioeconómicas que socorren a quienes presentan baja posibilidad de pago; la localización de servicios de apoyo, albergues para familiares originarios de provincia o con bajos recursos; la gestión de despensas o medicamentos para la continuidad de un tratamiento; además de la orientación sobre diversos trámites administrativos durante el ingreso y egreso de los pacientes.

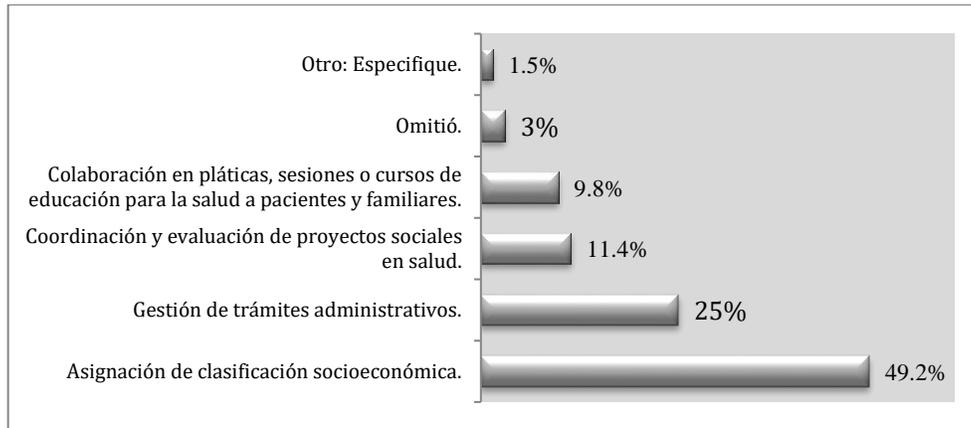
A la par de las actividades mencionadas, el rol del trabajador social se sitúa en otras tareas: implementación de acciones y estrategias, a través de programas para disminuir el abandono de las personas; colaboración en pláticas, sesiones o cursos de educación para la salud; coordinación de proyectos sociales en salud; participación interdisciplinaria en la atención integral del paciente y sus familiares, entre otras. Sin embargo, estas funciones con mayor contenido profesional no fueron nombradas por los médicos; al no ser actividades observadas en la cotidianeidad, su falta de enunciación refleja la inexistencia de ideas que asemejen a una profesión con una identidad definida.

En ámbitos tradicionales de trabajo social como la salud, no es extraño que prevalezca una información más convencional sobre su rol, por ser uno de los campos que sientan las bases de las percepciones sobre su ejercicio profesional. No obstante, pareciera encapsulado en una práctica auxiliar de rasgos técnicos y administrativos de la cual no ha buscado salir. Según Sobremonte (2017, p. 19), “quienes desempeñan exclusivamente actividades de planificación, gestión o administración de servicios no realizan una actividad clínica. Solo cuando se utiliza la relación profesional como instrumento terapéutico se puede hablar de práctica clínica”.

Durante más de 20 años, los trabajadores sociales del HGM han desarrollado las mismas actividades, pese a la transformación de las dinámicas sociales. El ejercicio mantiene una relación conflictiva con el uso de la teoría por el predominio de acciones paliativas y asistencialistas que la realidad ha interpelado por su insuficiencia. Las variaciones de su rol en la institución han sido: el incremento de la carga administrativa, la actualización de instrumentos de registro y uso de nuevas tecnologías que agilizan el desarrollo de diferentes procedimientos burocráticos.

Lo anterior cobra sentido cuando se les preguntó a los médicos: “¿en cuál de las siguientes actividades ubica principalmente a los trabajadores sociales?” Destacaron las tareas administrativas como: asignación socioeconómica con 49%, y gestión de trámites 25% (ver la Figura 14).

Figura 14.
Actividades de los trabajadores sociales de este hospital



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados del cuestionario.

El estudio socioeconómico fue considerado por los médicos como la principal actividad de los trabajadores sociales. La información que tienen sobre este instrumento es la siguiente: formato que ayuda a los pacientes con bajas posibilidades económicas para el acceso a los servicios hospitalarios; indica, a través de estándares, el nivel de pago según las posibilidades de los pacientes; concilia excesos realizados durante el proceso de hospitalización, y posibilita un reembolso del dinero dado por los familiares. Al ser ésta la principal actividad proyectada en su ejercicio, su rol se ha vinculado a funciones secretariales como el seguimiento de pagos, facturación y recibos, así lo expresa a continuación un médico residente:

Bueno una de las grandes labores que realiza el trabajador social y con la que nos apoya es encargarse de que el certificado, más bien de que el expediente esté en el lugar. En patología por las mañanas una vez que se hace esto, nosotros emitimos un certificado de defunción, el certificado de defunción lo firma nuestro médico adscrito y, en teoría, ese certificado de defunción es para que permita la salida del cuerpo del hospital, sin embargo, esto no se puede realizar si el trabajador social no nos emite una hoja en la cual escribe o manifiesta que ya no hay pagos pendientes por parte de los familiares con respecto a esta persona que perdió la vida (E3-MR1).

La aplicación del estudio socioeconómico se da mediante escalas que definen montos de pago, por tanto, la utilidad de este instrumento se reduce para los médicos en la resolución de problemas monetarios de los pacientes. Para el diagnóstico y tratamiento, pocos se auxilian de los datos recabados por los trabajadores sociales.

En resumen, la información con la que cuentan los médicos corresponde a lo que en la cotidianidad evidencia cotidianamente el puesto de trabajador social en el hospital, que opera principalmente a través de modelos administrativos aplicados mediante 31 formatos técnicos, entre los que destacan: clasificación socioeconómica; devolución socioeconómica; ingreso y

egreso hospitalario; registro de informe diario; trámite de ambulancia; préstamo de silla de ruedas; control de convenios de pacientes de primera vez; solicitud de apoyo a patrimonio de la beneficencia; trámite de apoyo al voluntariado de pacientes hospitalizados y otras. Estas actividades han incrementado a partir de la denominación del departamento como “trabajo social y relaciones públicas”, la cual le atribuye una mayor carga administrativa, misma que ha sido aceptada por este grupo sin defender su espacio profesional.

Aunque las autoridades del HGM han delimitado los espacios de intervención influyentes en la configuración de las informaciones en torno a la práctica del trabajador social, también es cierto que los mismos profesionistas de este gremio han contribuido en esta forma de conocimiento sobre su labor, al aceptar ciertas tareas sin cuestionamientos, no aprovechar las coyunturas institucionales para mostrar quiénes son y qué es lo que pueden ofrecer como profesionales, y a la falta de socialización de sus saberes para establecer relaciones de conocimiento con otros gremios.

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

Una vez analizado el contenido que configura las tres dimensiones de las representaciones sociales, es necesario concluir la presentación de hallazgos con las reflexiones finales, cuyo propósito es mostrar las consideraciones a la pregunta de investigación: cuáles son y cómo se organizan las representaciones sociales de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales.

CONSIDERACIONES FINALES

Cuando inicié el doctorado, entre las ideas que pasaron por mi mente estuvo la ruta que seguiría para desarrollar un proyecto de investigación, es decir, plantear un problema, diseñar una metodología, interpretar resultados, entre otras, sin embargo, en la etapa que menos pensé fue la redacción de las consideraciones finales. El momento llegó, y viene acompañado no solo con la emoción de concluir una tesis doctoral, sino con una sensación de ansiedad de no saber que más escribir tras haber redactado cuatro capítulos.

Durante el avance de esta tesis doctoral se generaron diversos cuestionamientos, producto de los ajustes realizados al objeto, quizás la que más tuvo eco fue la orientación pedagógica en el estudio, discusión que reflexioné durante mi formación en el campo de la investigación educativa. Para dar respuesta a este planteamiento, investigadores y académicos de esta disciplina abonaron en el replanteamiento y reconfiguración del objeto de estudio, al sugerir la incorporación de nuevos elementos que no contemplé en los planteamientos iniciales del proyecto, entre ellos: el análisis de las representaciones sociales de los médicos, el estudio de la práctica profesional, el uso de programas informáticos de investigación cualitativa, la utilización de la técnica de las redes semánticas naturales, entre otros.

Luego de cuatro años de intenso trabajo bajo la dirección de mi tutora y comité, estoy nuevamente frente al ordenador que me ha acompañado durante este trayecto, ante una nueva hoja blanco e iniciando la redacción de este apartado. El reto ahora es encontrar la inspiración que me permita cerrar y abrir paralelamente nuevas discusiones sobre el objeto de estudio.

A partir del análisis de los hallazgos presentados en el capítulo 4, deseo exponer algunas reflexiones que surgieron ante el tratamiento brindado al objeto de estudio; considero indispensable mencionar fortalezas, carencias y perspectivas a futuro que nacieron durante el desarrollo de la investigación, con el fin de abrir nuevos diálogos con investigadores de este campo de conocimiento.

Como se mencionó en anteriores capítulos, el objetivo del estudio fue analizar e interpretar las representaciones sociales de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales, y la pregunta central fue: ¿cuáles son y cómo se organizan las representaciones sociales sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales? Empezar esta tarea de investigación no fue nada sencillo, varios obstáculos tuvieron que derribarse para dar respuesta a dichos planteamientos.

En primer lugar, trabajar desde la perspectiva teórica de las representaciones sociales implicó un gran desafío, si bien es uno de los referentes más novedosos de la última década en el campo de la investigación educativa para analizar el sentido común y las prácticas que despliega la acción cotidiana de los sujetos, no es una tarea fácil acceder al pensamiento social, se requiere incursionar en otras disciplinas como son: psicología, sociología y antropología para lograr un acercamiento a la red de significaciones sobre un objeto de representación.

Durante la etapa del trabajo de campo, uno de los principales retos fue ingresar al Hospital General de México (HGM) y, en consecuencia, tener acceso a los médicos que difícilmente aceptan participar en estudios que no guardan relación directa con su campo de conocimiento. Para llevar a cabo la investigación, se presentó un protocolo acorde con los criterios y estándares de su comité científico, proceso nada sencillo debido a la cantidad de trámites solicitados que limitan las posibilidades de desarrollar investigación en la institución, sumado a la visión positivista en la forma de hacer investigación, donde son altamente cuestionados los trabajos realizados desde una epistemología interpretativa. Por consiguiente, fue preciso generar algunos contactos con trabajadores sociales de la institución para reunir la documentación requerida y realizar adaptaciones metodológicas al protocolo.

Por otro lado, estudiar la práctica profesional del trabajador social como objeto de representación implicó un reto mayúsculo. Según Guimelli (2001), las prácticas son la principal fuente de transformación de las representaciones sociales, por ende, me inserté en la cotidianidad del hospital para comprender la relación entre las representaciones sociales de los médicos y la práctica de los trabajadores sociales. Asimismo, se observó el ejercicio profesional y sostuvieron algunos encuentros informales con trabajadores sociales para brindarle mayor sentido a los procesos de interpretación.

Ahora bien, los hallazgos producidos en esta tesis fueron organizados en las tres dimensiones de las representaciones sociales (campo de representación, actitud e información). La categoría de campo de representación dio cuenta de la imagen que para los médicos proyecta la práctica del trabajador social. Las palabras principales con las que los médicos asociaron el ejercicio profesional de los trabajadores sociales y que tuvieron el rango más alto de la cadena asociativa (104 a 61 repeticiones) fueron: *ayuda*, *estudio socioeconómico* y *empatía*. Si bien son términos cuyo significado no expresa una connotación negativa, ni tampoco están disociados del

objeto, sí prevaleció la visión de un personal que solo ayuda a las personas para que paguen menos, vinculación que resulta reduccionista para un profesionalista con grado de licenciatura.

Por tanto, no es extraño que en el campo de información de los médicos, haya este tipo de conocimientos sobre la actividad desarrollada por los trabajadores sociales, pues su espacio en el campo sanitario no está claramente definido, solo aquéllos médicos que han tenido alguna experiencia con este profesionalista o han requerido la gestión de algún tipo de servicio social, tienen una información más puntual en torno a cuál es el tipo de actividad que realizan y se focaliza en la atención y ayuda hacia los pobres. A esto se suma la predominancia del enfoque biomédico en los procesos formativos de estos profesionalistas, donde los aspectos sociales tienen poca o nula cabida en el abordaje de la salud, esto limita las posibilidades de considerar otro tipo de participación de los trabajadores sociales.

Otra de las razones que explicó el tipo de información de los médicos en torno a los trabajadores sociales es la ubicación de los consultorios, regularmente alejados de sus oficinas y, más bien, son cercanas a las áreas informativas y quejas, lo que coarta sus posibilidades de interacción. Se acercan a ellos solo quienes tienen una formación biopsicosocial; los que poseen mayor sensibilidad hacia los problemas sociales de los pacientes; quienes manifiestan inquietudes sobre las asignaciones socioeconómicas; o cuando hay un problema emergente que por ley requiere de su participación, pero no porque reconozcan un saber especializado que los haga recurrir cotidianamente a ellos.

Para algunos médicos, los trabajadores sociales son los “grandes desconocidos” de los servicios sanitarios, saben que están ahí, pero no precisan con claridad cuál es su rol, qué utilidad tienen y cuál es el conocimiento científico que pueden aportar en la salud de los pacientes. Para otros, son una especie de “cajón de sastre”, ya que al no tener claridad sobre las funciones que realizan les derivan casos que no son de su competencia. Otro de los elementos que condicionaron la producción de las representaciones sociales de los médicos son las distancias jerárquicas entre los integrantes que conforman el equipo interdisciplinario de la salud. En el organigrama de la institución, trabajo social aparece muy por debajo de los médicos, lo que restringe las posibilidades de que éstos los reconozcan como un grupo profesional relevante en los procesos de salud y enfermedad de los pacientes, para este gremio el rango jerárquico y el grado académico son indicativos esenciales para considerar las opiniones de otros actores.

La superioridad médica ha sido un tema estudiado por la sociología de las profesiones, si bien Urteaga (2008) señala que las teorías, conceptos y métodos propuestos por este eje de análisis, son cada día menos apropiados para comprender la complejidad de las profesiones debido a la parcialidad de los paradigmas, desde Parsons y Durkheim se hablaba de la supremacía médica por su función social, racionalidad científica, formación intelectual y organización autónoma.

En consecuencia, no es extraño que el reconocimiento profesional de los médicos, avale que tengan injerencia no solo en su campo de conocimiento sino también en los que no son de su competencia. Este grupo puede hacer prescripciones sociales así no tengan los conocimientos para realizarlos, mientras que los trabajadores sociales no pueden acceder a las historias clínicas o los diagnósticos de los pacientes para proponer un plan de tratamiento social por ser información exclusiva de médicos y enfermeras.

Como se mencionó en el capítulo 1, los espacios de poder de los trabajadores sociales son pocos y se dan solo dentro de su departamento. Las autoridades del HGM les han encomendado principalmente la gestión administrativa de los servicios sociales, lo que ha contribuido en la protocolización de su función.

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

El hecho de que los médicos tengan esta representación social de los trabajadores sociales como “gestores de recursos socioeconómicos”, no implica necesariamente una actitud negativa o de rechazo hacia la práctica, los consideran un grupo importante en el movimiento hospitalario, con una alta carga de trabajo que resuelve diversos procesos administrativos y facilitan la estancia de los pacientes en el hospital, sin embargo, no los reconocen como grupo de profesionales sanitarios que puedan aportar un conocimiento científico para mejorar la salud de los pacientes, sino como un personal administrativo.

Lo expuesto hasta el momento permite reflexionar que la representación social que tienen los médicos sobre la práctica profesional de los trabajadores sociales, resulta muy alejada de lo que se esperaría de un graduado de esta carrera. Por ejemplo, según el plan de estudios 2002 de la ENTS-UNAM, un egresado de esta licenciatura tiene el siguiente perfil "... es un profesionista con una formación teórica interdisciplinaria. De carácter humanista, con profundo sentido ético y crítico, que le proporciona una visión integral de la realidad y lo dota de una conciencia social democrática, igualitaria y justa". Lo anterior refleja discrepancias y permite reflexionar sobre la necesidad de que los trabajadores sociales se ocupen por desarrollar una autoridad profesional en la que antepongan su conocimiento científico, ya que si no lo hacen los directivos de las instituciones seguirán encorsetando su rol hacia un trabajo técnico-administrativo, y se vislumbra que los médicos terminarán tratándolos como un personal adjunto a su servicio.

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

En el caso de los procesos de formación a nivel licenciatura en la ENTS- UNAM, se contempla solo una asignatura sobre el ámbito sanitario: "salud pública", donde se imparten contenidos introductorios en torno al marco legal y algunos conceptos generales que son insuficientes para entender la complejidad de los factores sociales que influyen en los procesos de salud y enfermedad. Aunado a lo anterior, los trabajadores sociales del hospital cuentan principalmente con un nivel de preparación técnico y licenciatura, si estos profesionistas tuvieran una formación más completa y consideraran los posgrados de trabajo social en salud, podrían intervenir por especialidades; desarrollar programas de planificación del alta; diseñar protocolos y diagnósticos sociales con apego a criterios científicos, y no desde el sentido común.

Es necesario que los trabajadores sociales apuesten por una actuación construida desde conocimientos científicos y no desde la espontaneidad. En estudios como en el de Martín (2009), sobre el análisis de la función de los trabajadores sociales, este grupo reconoce que su actuación en ámbitos laborales, por ejemplo el sanitario, por momentos es más intuitivo que metódico. Por ende, además de complementar su formación profesional a través de los estudios de posgrado, se

sugiere que los trabajadores sociales realicen una labor educativa donde comuniquen cuáles son sus funciones, esto permitirá que los médicos los consideren en actividades de mayor densidad profesional. Si esto se logra impactará positivamente en la consolidación de un gremio más integrado, pues la unificación de saberes posibilita la articulación de las acciones realizadas en el ejercicio laboral.

Finalmente, y después del camino recorrido, no queda más que reflexionar sobre el uso brindado a las herramientas teóricas y metodológicas, así como las perspectivas que abre esta investigación. Como se ha mencionado, se utilizó la teoría de las representaciones sociales, una de las perspectivas más importantes de la última década para acceder a los conocimientos de sentido común de los sujetos; no obstante, debe considerarse la incorporación de otros elementos teóricos desarrollados en el paradigma interpretativo, para lograr la comprensión de los objetos, pues solo utilizar su corpus puede resultar restrictivo ante una realidad social cada vez más compleja.

El uso brindado en esta tesis a la perspectiva teórica de las representaciones sociales, convoca a otros investigadores a estudiar las prácticas de otras profesiones como: Medicina, Enfermería, Psicología, Pedagogía, Derecho, Ingeniería y otras, asimismo promueve el desarrollo de trabajos a fines, e incentiva el debate y su utilización creativa con rigor científico. Por lo tanto, este estudio se suma a otros trabajos que han dado cuenta de la pertinencia de este referente para el conocimiento de dicho tipo de objetos.

En el caso de esta investigación, sus hallazgos brindan nuevas rutas de trabajo que es de importancia considerar para el avance de este núcleo de investigación, siendo relevante recuperar la voz de otros sujetos con los que trabajadores sociales del ámbito sanitario han relacionado su práctica: pacientes y sus familiares, esto permitirá analizar sus pensamientos de sentido común y relacionarlos con la representaciones sociales del médico para obtener una imagen más acabada de este profesionista. Asimismo, cabe señalarse que durante los acercamientos con los trabajadores sociales se identificó que no le gusta que los médicos solo los miren como gestores de recursos y se acuerden de ellos cuando hay un problema social de urgencia, desearían que en el contenido de sus representaciones sociales apareciera la imagen de un profesionista de mayor relevancia y con una participación activa en los equipos interdisciplinarios de salud. Sin embargo, esta premisa debe ser profundizada a través de nuevas investigaciones enfocadas en recuperar la

voz de estos profesionistas, por lo que se sugiere plantear las siguientes preguntas para lograr mayor comprensión del objeto:

- ¿Qué opinan los trabajadores sociales sobre las representaciones sociales que tienen los médicos sobre su práctica profesional?
- ¿Cuáles son las representaciones sociales de los trabajadores sociales sobre la práctica profesional de los médicos?

Si bien quedaron las anteriores interrogantes por contestar, no se pueden dejar de lado las principales aportaciones de esta tesis, como se afirma en el apartado 2.5, este trabajo contribuye al enriquecimiento de la línea de investigación de representaciones sociales y prácticas profesionales al interpretar el sentido común de un grupo profesional de hegemonía, poder y alta valoración dentro de las instituciones de salud como son los médicos que difícilmente acceden a abordar este tipo de temas. El análisis e interpretación de las representaciones sociales de los médicos sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales, puede ser material de utilidad para distintos fines. Los hallazgos servirían en cuanto fuente de información a utilizar por los trabajadores sociales para reflexionar sobre su práctica. Para las instituciones de nivel superior como la ENTS-UNAM y otras, que buscan ofertar nuevos modelos de formación en licenciatura, requieren de investigaciones sobre las prácticas de estos profesionistas, particularmente en las áreas de mayor antigüedad, tradición e implantación dentro del sector salud, donde se localiza el mayor número de sus plazas reconocidas por el Estado; es por ello, que este tipo de trabajos podrían contribuir en la toma de decisiones sobre la configuración de planes de estudios a nivel licenciatura y posgrado.

REFERENCIAS

- Abric, J.C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. D.F, México: Ediciones Coyoacán.
- Acebedo, M.J y Ferrarós, J.J. (marzo, 1998). *Representaciones del trabajador social acerca de su práctica*. Trabajo presentado en el 4to Congreso Nacional de Estudios del Trabajo en la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar>
- Acosta, M.T. (2006). “La psicología de las minorías activas revisitada: entrevista con Serge Moscovici”. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 2(1), 141-177. Recuperado de <https://www.redalyc.org>
- Aguayo, C. (2006). *Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial Buenos Aires.
- Alfaro, J.L. (2013). *Calidad de la atención brindada por el personal de Trabajo Social del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez*. (Tesis de maestría). Recuperado de <http://tesis.unam.mx>
- Aquín, N. (2003). *El Trabajo Social y la identidad profesional*. Trabajo presentado en el Congreso Colombiano de Trabajo Social. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co>
- Aylwin, N. (1999). “Identidad e historia profesional”. *Revista Colombiana de Trabajo Social*, (13), 7-23. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr>
- Bachmann, C. y Simonin, J. (1981). *Changer au quotidien. Une introduction au travail social*. París, Francia: Editions Études Vivantes.
- Banchs, M.A. (1982). “Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano”. *Interamerican Journal of Psychology*, 2, 111-120.
- Banchs, M.A. (2000). “Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las Representaciones Sociales”. *Papers on Social Representations*, 9, 3.1-3.15. Recuperado de <http://www.psych.lse.ac.uk>
- Banchs, M.A. (enero, 2001). “Jugando con las ideas en torno a las representaciones sociales desde Venezuela”. *FERMENTUM*, 11(30), 11-32. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve>
- Banda, T. (2009). “El nacimiento de una nueva profesión: El Trabajo Social”. En Fernández, T. (Coord.) *Fundamentos del Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Barrantes, C.A. (junio, 2003). “Formación de Trabajadores Sociales en Venezuela. Hacia un estudio de representaciones sociales”. *Revista Servicio Social*, 5(2). Recuperado de <http://www.ssrevista.uel.br>

- Barrón, M.T. (2009). *Las representaciones sociales de los docentes de Medicina del Instituto Mexicano del Seguro Social*. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://tesis.unam.mx>
- Berger, P. y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Borrell, R.M; Godue, C; y Kaufmann, R. (2011). *Residencias médicas en América Latina. En la renovación de la atención primaria de salud en las américas*. Washington, USA: OPS. Recuperado de <http://www.paho.org>
- Bourdieu, P. (2002). *Campo de poder, campo intelectual*. Buenos Aires, Argentina: Montresso.
- Calvo-Rojas, V. (2010). “Objeto de estudio en trabajo social: una visión desde el psicoanálisis, la ley y la estructura”. *Portularia*, 10(2), 9-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org>
- Campillo, I. (diciembre, 2014). “Estadísticas sobre los Médicos en México”. *Revista de Educación y Cultura*, 88. Recuperado de <http://www.educacionyculturaaz.com>
- Campillo, M.; Saéz, J. y Del Cerro, F. (abril, 2011). “El estudio de la práctica y la formación de los profesionales: un reto a las universidades”. *Revista de Educación a Distancia–Docencia Universitaria en la Sociedad del Conocimiento*, 6, 1-23. Recuperado de <http://www.um.es>
- Carballeda, A. (2004). “Los nuevos escenarios y la intervención del Trabajo Social”. En Netto, J.P; Parra, G; Carballeda, A; Aquín, N; Robirosa, M; Elias, M.F; Eroles, C. y Clemente, A. *Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica desde el Trabajo Social*, (pp. 53-60). Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Cárdenas, B.P. (2014). *Recién egresados: ¿empleados, desempleados o vulnerabilizados en el mercado laboral?* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://tesis.unam.mx>
- Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS, 2015). *¿Qué es el CELATS?* Recuperado de <http://celats.org/celats.html>
- Chaiklin, S. y Lave, J. (comps.) (2001). *Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Colegio de Estudios Científicos y Tecnológicos del Estado de México, (CECyTEM, 2013). *Plan de estudios de la carrera técnica en Trabajo Social*. Recuperado de <http://cecycytem.edomex.gob.mx>
- Colom, D. (junio, 2010). “El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario”. *Revista de Servicios Sociales*, 47, 109-119. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 2016). *Grupos de Atención Prioritaria y otros temas*. Recuperado de <http://informe.cndh.org.mx>

- Covarrubias, E; Arias, M; y Preciado, S.A. (2010). *El desempeño del trabajador social en diversas áreas de actuación profesional*. Trabajo presentado en el XIV Encuentro Nacional y IV Congreso Internacional de Investigación en Trabajo Social de Mazatlán Sinaloa, México. Recuperado de ww.trabajosocialmazatlan.com
- Cuevas, Y. (2015). “Representaciones sociales de la reforma de educación básica. La visión de los directivos”. *Perfiles Educativos*, 147, 67-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org>
- Cuevas, Y. (septiembre, 2016). “Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa”. *Cultura y representaciones sociales*. 11(21), 109-139. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx>
- Cuevas, Y. y Mireles, O. (junio, 2016). “Representaciones sociales en la investigación educativa”. *Perfiles Educativos*. 33(153), 65-83. Recuperado de <http://www.iisue.unam.mx>
- Deslauriers, J.P. y Hurtubise, Y. (dirs.) (2007). *El Trabajo Social Internacional. Elementos de comparación*. Buenos Aires, Argentina: Lumen-Humanitas.
- Dettmer, J. (2009). “La Sociología de las profesiones: Un estado del arte”. En Alejandre, G., Pineda, J., y Rodríguez, R. (Coord.) *Sociología de las ocupaciones profesionales (los procesos de institucionalización)* (pp. 13-25). D.F, México: Ediciones EON.
- Dirección General de Administración Escolar, (DGAE, 2016). *Ingreso a la UNAM*. Recuperado de <https://www.dgae.unam.mx>
- Dirección General de Educación Tecnológica Industrial, (DEGETI, 2016). *Técnico en Trabajo Social*. Recuperado de <http://www.dgeti.sep.gob.mx>
- Dirección General de Profesiones, (2016). *Ejercicio profesional*. Recuperado de <http://www.sep.gob.mx>
- Doise, W. (1985). “Las relaciones entre los grupos”. En Moscovici, S. *Psicología Social I*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Dubar, C. y Tripier, P. (1998). *Sociologie des Professions*. París, Francia:Armand Colin. Recuperado de <http://www.persee.fr>
- Ducoing, P. (Coord.) (2003). *Volumen 8: Sujetos, Actores y Procesos de Formación (Tomo II) 1992-2002*. D.F, México: COMIE. Recuperado de <http://www.comie.org.mx>
- Ducoing, P. (Coord.) (2016). *La investigación en educación: epistemologías y metodologías*. D.F, México: AFIRSE- Plaza y Valdes.
- Ducoing, P. y Fortoul, B. (Coord.) (2013). *Procesos de formación volumen II 2002-2011*. D.F, México: COMIE.
- Durkheim, E. (2007). *La división del trabajo social*. D.F, México: Colofón.

- Durkheim, E. (2001). *Las reglas del método sociológico*. D.F, México: Fondo de Cultura Económica.
- Elliot, P. (1974). *Sociología de las profesiones*. Madrid, España: Tecnos.
- Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, (ENTS-UNAM, 2016). *Plan de estudios de la Maestría en Trabajo Social*. Recuperado de <http://www.trabajosocial.unam.mx>
- Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENTS-UNAM, 2012). *Perfil Profesional de las y los Licenciados en Trabajo Social*. Recuperado de <http://www.trabajosocial.unam.mx>
- Escuela Nacional de Trabajo Social, (ENTS-2012). *Campo Profesional del Trabajador Social. En la visión de los Empleadores*. Recuperado de <http://www.trabajosocial.unam.mx>
- Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, (ENTS-UNAM, 2009). *Actual Plan de Estudios. Plan de Estudios 96 reestructura 2002*. Recuperado de <http://www.trabajosocial.unam.mx>
- Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, (ENTS-UNAM, 2003). *Especialidad en Trabajo Social*. Recuperado de <http://www.trabajosocial.unam.mx>
- Espinosa, E. y Secundino, N. (2013). “Formación y prácticas”. En Ducoing, P. y Fortoul, B. (coordinación general). *Procesos de formación volumen II 2002-2011*, (pp. 297-354). D.F, México: COMIE.
- Espinosa, E. (2003). “Formación y ejercicio profesional”. En Ducoing, P. (Coord.), *Sujetos, Actores y Procesos de Formación (Tomo II) 1992-2002*, (pp. 407-442). D.F, México: COMIE. Recuperado de <http://www.comie.org.mx>
- Estrada, V.M. (octubre, 2011). “Trabajo social, intervención en lo social y nuevos contextos”. *Prospectiva. 16*, 21-53. Recuperado de <http://revistapropectiva.univalle.edu.co>
- Evangelista, E. (1998). *Historia del Trabajo Social en México*. México: ENTS-UNAM-Plaza y Valdés.
- Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM, 2008). *Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM)*. Recuperado de <http://www.sidep.fmposgrado.unam.mx>
- Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León, (UANL, 2003). *Plan de estudios del Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social*. Recuperado de <http://www.posgrado.ftsydh.uanl.mx>

- Farr, R. (1984). "Las representaciones sociales". En Moscovici, S. *Psicología Social, II Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales*. D.F, México: Paidós.
- Federación Internacional de los Trabajadores/as Sociales (FITS, 2014). *Definición de Trabajo Social*. Recuperado de <https://www.cgtrabajosocial.es>
- Fernández, J.A. (2002). *Estructura y formación profesional. El caso de la profesión médica*. Puebla, México: Benemérita Universidad de Puebla. Recuperado de <http://www.filosofia.buap.mx>
- Fernández, J.A. (2007). "La profesión desde la sociología de las profesiones". En Fernández, J.A; Barajas, G; y Barroso, L. (compilación, traducción y edición). *Profesión, ocupación y trabajo. Eliot Freidson y la conformación del campo*. D.F, México y Barcelona, España: Ediciones Pomares.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento*. Barcelona, España: Península.
- García, C; Carrión, J; Hernández, J; y Bustos, M. (enero-abril 2013). "Actitud de trabajadoras sociales hacia portadores del virus de inmunodeficiencia humana en centros de salud comunitaria". *Salud & Sociedad*. 4(1) 60-68. Recuperado de <http://www.redalyc.org>
- Giorgi, A. (march, 2000). "Concerning the application of phenomenology to caring research". *Scand J Caring Sci*, 1(14), 11-15. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com>
- Gómez, M.C; Sesma, S; Becerril, V.M; Knaul, F; Arreola, H; y Frenk, J. (2011). "Sistema de salud de México". *Salud Pública de México*, 53(2), 222-232. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
- Gómez, V.M. y Tenti, E. (1989). *Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila Editores.
- Guimelli, C. (2001). "La función de la enfermera. Prácticas y representaciones sociales". En Abric, J.C. *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 75-96). D.F, México: Ediciones Coyoacán.
- Guyot, V. (2005). "Epistemología y prácticas del conocimiento". *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 30(16), 9-24. Recuperado de <http://www.revistacdyt.uner.edu.ar>
- Herzlich, C. (1975). "La representación social: sentido del concepto". En Moscovici, S. *Introducción a la Psicología Social*, (pp. 391-418). Barcelona, España: Plantea.
- Hospital General de México (HGM, 2016). *Cuaderno estadístico enero-septiembre del HGM*. Recuperado de <http://www.hgm.salud.gob.mx>
- Hospital General de México (HGM, 2016). *Voluntariado del Hospital General de México*. Recuperado de <https://www.aporta.org.mx>

- Hospital General de México, (HGM, 2015). *Dirección General Adjunta Médica*. Recuperado de <http://www.hgm.salud.gob.mx>
- Hospital General de México, (HGM, 2017). *Manual de Organización Específico del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga*. Recuperado de <http://www.hgm.salud.gob.mx>
- Hospital General de México, (HGM, 2016). *Manual de Organización del Departamento de Trabajo Social y Relaciones Públicas*. Recuperado de <http://www.hgm.salud.gob.mx>
- Hospital General de México (diciembre, 2010). “Hospital General de México, Cuna de la Medicina Mexicana”. *Protocolo. Foreign Affairs & Life Style*, 37, 9-16. Recuperado de www.protocolo.com.mx
- Ibáñez, T. (1994). “Representaciones sociales teoría y método”. En *Psicología Social construccionista*, (pp. 155-216). Guadalajara, México: Colección fin de milenio, Universidad de Guadalajara.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ, 2018), *Internado Médico de Pregrado*. Recuperado de <http://www.innsz.mx>
- Instituto Nacional de Transparencia Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI, 2018). Recuperado de <http://portaltransparencia.gob.mx>
- Ituarte, A. (coord.) (2017). *Prácticas del Trabajo Social Clínico [Clinical Social work practice]*. Valencia, España: Nau Llibres.
- Jodelet, D. (1989b). *Folies et représentations sociales*. París, Francia: Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (1984). “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”. En Moscovici, S. *Psicología Social II. Pensamiento y vida social Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-494). D.F, México: Paidós.
- Jodelet, D. (septiembre, 2008). “El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales”. *Cultura y representaciones sociales*, 3(5), 32-63. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx>
- Karsz, S. (2007). *Problematizar el trabajo social: definición, figuras, clínica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Kvale, S. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata.
- López, R.E; Ribeiro, M; Cabello, M.L. (2007). “El Trabajo Social en México”. En Deslauriers, J.P. y Hurtubise, Y. (dirs.) *El Trabajo Social Internacional. Elementos de comparación*, (pp. 59-82). Buenos Aires, Argentina: Lumen-Humanitas.

- Lorente, B; Luxardo, N. (2018). “Hacia una ciencia del trabajo social. Epistemologías, subalternidad y feminización”. *Cinta moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*. 61, 95-109. Recuperado de <https://www.moebio.uchile.cl>
- Lorente, B. (2002). “Trabajo Social y Ciencias Sociales. Poder Funcionalización y subalternidad de saberes”. *Revista de Trabajo Social*. 4, 41-60. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co>
- Lourenco, E. y Ruíz, R. (julio-diciembre 2014).^[SEP] “La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social”. *Katálysis*, 17(2), 207-217. Recuperado de <http://www.redalyc.org>
- Lourenco, E.A; y Ruíz, R.F (2014). “La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social”. *Katálysis*, 17(2), 207-217. Recuperado de <http://www.scielo.br>
- Marková, I. (2008). “The Epistemological Significance of the Theory of Social Representations”. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 38(4), 461-487. Recuperado de <http://www.psych.lse.ac.uk>
- Martín, M. (2009). “Ocho posibilidades de entender (o no) el trabajo social”. *Cuadernos de Trabajo Social*, 22, 227-241. Recuperado de <https://core.ac.uk>
- Martínez, P.D. (2012). *Representaciones sociales sobre el ejercicio profesional de los trabajadores sociales: una mirada de los estudiantes de la licenciatura*. (Tesis de maestría). Recuperado de <http://tesis.unam.mx>
- Mercado, L. (2002). *El docente de educación básica, representaciones sociales de su tarea profesional*. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://tesis.unam.mx>
- Minetto, V. y Voragini, N. (junio, 2017). *Representaciones sociales sobre la intervención de los trabajadores sociales en educación*. Trabajo presentado en II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. I Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de Villa María. PRE ALAS 2017: Las Ciencias Sociales en América Latina y el Caribe hoy. Perspectivas, debates y agendas de investigación. Recuperado de <http://biblio.unvm.edu.ar>
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. (Trad. del fr. Por Marcelo Pakman). Barcelona, España: Gedisa.
- Miranda, M. (2004). *De la caridad a la ciencia. Pragmatismo, Interaccionismo Simbólico y Trabajo Social*. Tarragona, España: Mira Editores.
- Mireles, O. (junio, 2011). “Representaciones sociales: debates y atributos para el estudio de la educación”. *Sinéctica*, (36), 1-11. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
- Mireles, O. (2016). *Representación social de la excelencia académica en los actores del posgrado de la UNAM*. (Tesis de Doctorado). Recuperado de <http://tesis.unam.mx>

- Molineri, M; Esmoris, A.L; García, M; La Greca, N; Pérez, C; Brudnick, G; Rojas, M.S; y Etchandy, P. (2009). “Algunas reflexiones sobre las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de salud escolar”. *Facultad de Psicología-UBA/Secretaría de Investigaciones/ Anuario de Investigaciones*. (16), 231-237. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar>
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires, Argentina: Huemul.
- Mugny, G. y Papastamou, S. (1984). “Los estilos de comportamiento y su representación social”. En Moscovici, S. *Psicología Social, II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, (pp. 507-532). D.F, México: Paidós.
- Munuera, M. P. y Hernández, G. (2010). “Consideraciones históricas relevantes del Trabajo Social sanitario” (pp. 34-50). *El imaginario del trabajo social en las tesinas de fin de estudios 1938-1983*. Madrid, España: Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, Escuela Universitaria de Trabajo Social Universidad Complutense.
- Muriel, M; Martín, M; y García, T. (julio-diciembre, 2018). “La imagen del trabajador social y los servicios sociales en la prensa escrita en España”. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 8(15), 45-77. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>
- Narro, J. y Ruíz, A. (2004). “El papel del médico general en la atención médica en el México actual”. *Gac Méd Méx*. 140, (1), 13-20. Recuperado de <http://www.anmm.org.mx>
- Obertí, P. (2015). “El estudio de las representaciones sociales como aporte para las intervenciones profesionales”. *Fronteras*, 8, 157-165. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy>
- Opazo, P.A. (abril-junio, 2018). “Identidad profesional: representaciones sociales de trabajadoras sociales chilenas en tiempos de dictadura”. *Katálysis*, 21(1), 168-177. Recuperado de <http://www.scielo.br>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). *¿Cómo define la OMS la salud?* Recuperado de <http://www.who.int>
- Osler, W. (2011). *El trabajo social y su relación con la salud: una relación histórica*. Recuperado de <http://www.cgtrabajosocial.es>
- Osornio, L. y Palomino, L. (diciembre, 2015). “Presencia de las mujeres en las especialidades médicas. Una mirada desde la perspectiva de género”. *Revista Electrónica de Psicología en Iztacala*, 18(4), 1706-1728. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx>
- Perales, C. J. y Vizcaíno, M. (2007). “Las relaciones entre actitudes y representaciones sociales: elementos para una integración conceptual”. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 29(2), 351-361. Recuperado de <http://www.scielo.org.co>

- Pereira de Sá, C. (1998). *A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais*. Rio de Janeiro, Brasil: Ed.UERJ. Recuperado de <http://www.mazzotti.pro.br>
- Pérez, J.V y Bueno, J.R. (enero, 2005). “Identidades y representaciones del Trabajo Social”. *Portularia revista de Trabajo Social*, 5(2), 165-173. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es>
- Pérez, L; Díaz, Y.C; y Páez, G.I. (2013). “Intervención social: representaciones sociales y prácticas de estudiantes de trabajo social”. *Análisis*, 1(14), 20-40. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>
- Piña, J.M. (2004). “La teoría de las representaciones sociales. Nociones y linderos”. En Piña, J.M (Coord.) *La subjetividad de los actores de la educación. Pensamiento universitario* (pp. 15-54). D.F, México: Época, CESU, UNAM.
- Piñero, S.L. (2009). *La Enfermería y la Medicina: orígenes sociales y representaciones de dos profesiones*. Trabajo presentado en el X Congreso Nacional de Nacional de Investigación Educativa Celebrado en Veracruz, México. Resumen recuperado de <http://www.comie.org.mx>
- Podolsky, J. (marzo 17, 2017). “Especialidades médicas mejor pagadas en México”. *Torre Médica Metropolitana*. Recuperado de <https://torremedicametropolitana.com.mx>
- Rateau, P. (2016). “El estudio de las representaciones sociales: perspectivas metodológicas”. En Ducoing, P. (coord.) *La investigación en educación: epistemologías y metodologías* (pp. 497-535). D.F, México: AFIRSE- Plaza y Valdes.
- Real Academia Española (RAE, 2014). *Diccionario de la lengua española*. (23.a ed.). Recuperado de <http://dle.rae.es>
- Reyes, I. (1993). “Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos”. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97.
- Reyes, M.T. (2009). *Representaciones sociales de la práctica educativa de los docentes de la Escuela Normal*. (Tesis doctoral). Recuperado de <http://tesis.unam.mx>
- Richmond, M. (1917). *Diagnóstico Social (traducción al español)*. Nueva York, Estados Unidos: Russell Sage Foundation. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr>
- Rodríguez, R. (2005, 05 de febrero). *Hospital General 100 años de historia en la medicina en México. El universal*. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx>
- Rodríguez, T. (2003). “El debate de las representaciones sociales en la Psicología Social”. *Relaciones*, 93(24), 52-80. Recuperado de <http://www.catedras.fsoc.uba.ar>
- Rodríguez, T. (2007). “Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales”. En Rodríguez, T. y García, M.L. (coordinadoras). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, (pp. 157-188). Guadalajara, México: CUCSH-UDG.

- Rosacher, M.C (septiembre, 2015). “Acerca de las representaciones sociales de la intervención del trabajador social. Así como nos miran, ¿nosotros miramos?”. *Margen*, (78), 1-15. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es>
- Rouquette, M.L (2011). “¿Qué hay de social ^[11]_[SEP] en las representaciones sociales? What is Social in Social Representations?”. *Revista de Psicología. Universidad Antioquia*, 3(1), 95-101. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org>
- Rozas, M. (2007). *La profesionalización en Trabajo Social: rupturas y continuidades, de la reconceptualización a la construcción de proyectos ético-políticos*. Madrid, España: Espacio Editorial.
- Saltalamacchia, H.R. (2005). “Representaciones sociales y acción”. En Saltalamacchia, H.R. *Del proyecto al informe final. Aportes a una investigación cualitativa socialmente útil. Primer Tomo Sujetos, Objeto y Complejidad*, (pp. 30-41). Buenos Aires, Argentina: El Artesano.
- Sánchez, R. (2014). *Enseñar a investigar. Una didáctica nueva de la investigación en ciencias sociales y humanas*. D.F, México: IISUE.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona; España: Paidós Ibérica.
- Schutz, A. (1993), *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Secretaría de Salud (SSA, 2017). *Datos abiertos de México*. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud>
- Silva, M.R y Brain, M.L (2015). *Validez y confiabilidad del estudio socioeconómico. Salud pública y trabajo social, serie número 1*. D.F, México: ENTS-UNAM. Recuperado de <http://www.librosoa.unam.mx>
- Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud (SNTSA, 2013). *Tabulador de Sueldos en la SSA (vigencia 01/05/2013)*. Recuperado de <http://i.administracion2014-2015.guerrero.gob.mx>
- Sobremonte, E y Rodríguez, A. (2017). “Revisando el trabajo social clínico: a propósito del casework”. *Agathos: Atención sociosanitaria y bienestar*, 4, 16-24
- Spencer, H. (2008). *Origen de las profesiones* [versión digitalizada]. Cataluña, España: F. Sampere. Recuperado de <http://www.reis.cis.es>
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

- Tenorio, R; y Hernández, M. (agosto, 2005). [SEP]“Panorama de investigación del trabajo social en el ámbito de la salud mental (1970-2000)”. *Salud Mental*. 28(4), 18-32. Recuperado de <http://www.redalyc.org>
- Tenti, E. (1989). *Universidad y profesiones. Crisis y alternativas*. Buenos Aires, Argentina: Miño y Dávila Editores.
- Torres, T.M; Maheda, M.E; y Aranda, C. (junio, 2004). “Representaciones sociales sobre el psicólogo: investigación cualitativa en el ámbito de la formación de profesionales de la salud”. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2, 29-42. Recuperado de <http://www.cucs.udg.mx>
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, 2016). *Portal de Estadística Universitaria*. Recuperado de <http://www.estadistica.unam.mx>
- Uretaga, E. (2008). “Sociología de las profesiones: Una teoría de la complejidad”. *Lan Harremanak* (18), 169-198. Recuperado de www.ehu.es
- Valdez, J.L. (1999). *Las redes semánticas naturales. Usos y aplicaciones en la psicología social*. Estado de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valero, A.I. (1994). *El Trabajo Social en México. Desarrollo y perspectivas*. D.F, México: ENTS-UNAM.
- Vázquez, J.M. (dir.) (1971). *Situación del Servicio Social en España*. Madrid, España: Instituto de Sociología Aplicada.
- Vázquez, S. y Cid de León, B.G. (junio, 2015). “Sistematizando la acción del trabajo social en salud”. *Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social*, 5(1), 85-102. Recuperado de <http://www.produccioncientifica.luz.edu.ve>
- Wagner, W. y Elejabarrieta F. (1994). “Representaciones sociales”. En Morales, J.F. (Editor) *Psicología social*. Madrid, España: UNED–McGraw–Hill.
- Wagner, W. y Flores, F. (agosto, 2010). “Apuntes sobre la epistemología de las representaciones sociales”. *Educación Matemática*. 2(22) 139-162. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx>
- Weber, M. (2012). *La Ética Protestante y el espíritu del Capitalismo. Introducción y edición crítica de Francisco Gil Villegas M.* D.F, México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 POSGRADO EN PEDAGOGÍA
 CUESTIONARIO DE OPINIÓN

Folio _____

El instrumento que tiene usted en sus manos es anónimo y personal. Su opinión es muy importante, por lo cual se le solicita honestidad al contestar cada una de las preguntas. La información recabada será confidencialidad y solo para fines de investigación.

Instrucciones: Marque con una “X” la opción que corresponda a su respuesta.

SECCIÓN 1: DATOS GENERALES

1. SEXO:	2. EDAD:	3. ESPECIALIDAD RECIENTE:	4. TIPO DE PERSONAL:
Masculino ()	20 a 30 ()	Medicina interna ()	Médico de base ()
	31 a 40 ()	Oncología ()	Médico residente ()
Femenino ()	41 a 50 ()	Pediatría ()	Otro: Especifique
	51 a 60 ()	Ginecología ()	_____
	61 o mayor ()	Otro: Especifique	_____

5. ANTIGÜEDAD LABORAL EN EL HOSPITAL:		6. CARGO ACTUAL EN EL HOSPITAL:	
1 a 5 años ()	21 a 25 años ()	Médico operativo (atención médica, residente, etc.) ()	
6 a 10 años ()	26 a 30 años ()	Médico de confianza (dirección, jefatura, coordinación, etc.) ()	
11 a 15 años ()	31 a 35 años ()	Otro: Especifique _____	
16 a 20 años ()	36 en adelante ()		

SECCIÓN 2: EJERCICIO DE ASOCIACIÓN DE PALABRAS

Instrucciones: Escriba 3 palabras de **FORMA LEGIBLE** con las que asocie la frase **PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES**. Posteriormente jerarquice cada una de ellas, donde 1 es la de mayor importancia, 2 es la importante y 3 es la de menor relevancia para usted. En la última columna redacte una frase sobre por qué dio ese orden. **Lea el siguiente EJEMPLO antes de realizar el ejercicio:**

La palabra “**MANZANA**”

La asocio con:	Jerarquía	¿Por qué?
Fruta	2	Es saludable y comestible.
Roja	3	Es uno de sus colores principales.
Dulce	1	Es la fruta que mejor sabor tiene.

7. La frase “**PRÁCTICA PROFESIONAL DE LOS TRABAJADORES SOCIALES**”

La asocio con:	Jerarquía	¿Por qué?

SECCIÓN 3: PREGUNTAS DE OPCIÓN MÚLTIPLE

Instrucciones: Marque con una “X” la opción que corresponda a su respuesta.

8. Seleccione el profesionista que considere podría ser prescindible en el hospital.

Psicólogos () Enfermeras () Odontólogos () Ninguno ()

Trabajadores sociales () Nutriólogos () Médicos ()

Otro: Especifique _____

9. ¿Cuál cree que es el nivel de estudios de la mayoría de los trabajadores sociales en este hospital?

Técnico () Posgrado ()

Licenciatura () No sé ()

10. Elija una de las siguientes actividades en la que ubique principalmente a los trabajadores sociales de este hospital.

Coordinación y evaluación de proyectos sociales en salud. ()

Asignación de clasificación socioeconómica. ()

Colaboración en pláticas, sesiones o cursos de educación para la salud a pacientes y familiares. ()

Gestión de trámites administrativos. ()

Otro: Especifique _____

11. ¿Cuál es la principal habilidad que identifica en los trabajadores sociales de este hospital?

Presenta facilidad para el trabajo con casos, grupos y comunidades. ()

Intercambia conocimientos y experiencias con los equipos interdisciplinarios. ()

Escucha, atiende y construye respuestas innovadoras a las problemáticas sociales de los pacientes. ()

Realiza análisis e interpretaciones de las situaciones que requieren una intervención social. ()

Todas las anteriores. ()

Ninguna. ()

Otro: Especifique _____

12. ¿Cuál es la importancia que considera tiene la práctica profesional de los trabajadores sociales en el hospital?

Mucha importancia ()

Moderada importancia ()

Poca importancia ()

Ninguna importancia ()

No sé ()

13. ¿Qué tan preparados considera que están los trabajadores sociales de este hospital para enfrentar las problemáticas sociales de los pacientes?

Muy preparados () No están preparados ()

Medianamente preparados () No sé ()

Poco preparados ()

DATOS PARA POSTERIOR CONTACTO

Para nosotros es muy importante saber más sobre su opinión, ¿estaría interesado/a en brindar una entrevista sobre este tema? Sí () No ()

En caso de que sí, por favor, podría escribir su correo electrónico o algún otro dato **de forma legible** para agendar una cita posteriormente:

GRACIAS POR SU APOYO

ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
POSGRADO EN PEDAGOGÍA

GUÍA DE ENTREVISTA

Objetivo: Analizar e interpretar las representaciones sociales de los médicos del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” sobre las prácticas profesionales de los trabajadores sociales.

Datos generales de la entrevista

Nº de entrevista: _____

Fecha: _____ Lugar: _____

Hora de inicio: _____ Hora de término: _____ Tipo de personal: _____

Nombre del entrevistador: _____

Preguntas

1. Me gustaría que me platicara un poco sobre su trayectoria profesional, ¿qué podría compartirme?
2. Actualmente, ¿cuáles son las principales actividades que desarrolla en esta unidad médica?
3. ¿Qué sabe usted sobre los trabajadores sociales?
4. ¿Qué actividades ha observado que realizan los trabajadores sociales de este hospital?
5. De las actividades que señala, ¿cómo se relacionan con las que llevan a cabo los trabajadores sociales de esta unidad médica?
6. ¿Cómo ha sido su experiencia profesional con los trabajadores sociales?
7. ¿Cómo describiría la práctica profesional que desarrollan los trabajadores sociales de esta unidad médica?
8. Con base en su experiencia con los trabajadores sociales, ¿qué tan preparados considera que están para cumplir con las funciones que se les ha asignado en esta unidad médica?
9. ¿Considera importante que haya profesionistas como los trabajadores sociales en este hospital?
10. Desde su punto de vista, ¿cree que se les brinda la importancia suficiente a las actividades profesionales desarrolladas por los trabajadores sociales en este hospital?
11. ¿Cree que la actividad profesional que hacen los trabajadores sociales debería ir más allá de lo que actualmente realizan?
12. ¿Le interesaría agregar algo más?

GRACIAS POR SU APOYO

COMENTARIOS DEL ENTREVISTADOR:

ANEXO 3. EJEMPLO DE ENTREVISTA TRANSCRITA

Datos generales de la entrevista

N° de entrevista: 2

Fecha: 11.09.2017

Servicio: Terapia intensiva

Hora de inicio: 12:20

Hora de término: 12:40

Tipo de personal: Médico de base

Nombre del entrevistador: Pedro Daniel Martínez Sierra

Entrevistador: Doctor, podría platicarme sobre su trayectoria profesional.

Médico: Bueno, estudié en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas en Cuba, de ahí, hice medicina ocho años, fui a hacer investigación con servicio social en Israel, regresé aquí, hice medicina interna en México, participé, terminé, lo que viene siendo neumología, me fui a Canadá a hacer rehabilitación respiratoria y regresé a México una vez más y aquí me contrataron.

Entrevistador: ¿Cuántos años lleva trabajando en este hospital?

Médico: 18 años

Entrevistador: ¿Sólo ha estado en este servicio?

Médico: Sí, en un principio me asignaron al Instituto Nacional de Rehabilitación, al área de rehabilitación respiratoria por la especialidad que yo tenía, la subespecialidad, pero por algunas razones falló el programa piloto, lamentablemente, mataron a mi jefa, y bueno me reubicaron propiamente estoy prestado a este hospital, estoy comisionado.

Entrevistador: Actualmente, ¿cuáles son las principales actividades que desarrolla en este hospital?

Médico: Ok, con la nueva política gubernamental ya no hay jefes, entonces se llaman encargados o coordinadores. Soy coordinador del área de medicina respiratoria, lo que es terapia respiratoria, tanto de terapia intensiva como de la torre quirúrgica.

Entrevistador: De las actividades que señala ¿cómo se relacionan con las que llevan a cabo los trabajadores sociales?

Médico: Nosotros tenemos una estrecha colaboración en el pedido de cuando hay materiales o insumos propiamente en cuestión de respiratorios, de ventiladores o cosas, accesorios que se necesitan para proporcionar medicamentos vía inhalada o bien oxígeno que se le llama oxígeno terapia, y luego el hospital no cuenta con estos recursos porque nosotros tenemos el de cero re esterilizaciones, entonces

lo que nosotros hacemos con trabajo social es hacer el puente para poder realizar la receta, explicarle a ella qué es lo que se necesita de forma física porque tenemos moldes y ella a su vez habla con los familiares y les explica dónde comprarlos, es el puente de nosotros entre la compra de insumos o bien de estudios que necesitamos realizar.

Entrevistador: En esta relación que señala con el trabajador social, ¿cómo ha sido su experiencia con este profesionalista?

Médico: Ahorita está Cinthia y la verdad es muy buena, no hay ningún problema en ese aspecto, es muy abierta, cualquier observación que se haga está al pendiente de hecho tenemos, ella y yo, tenemos conexión para ver cuantas cirugías se han realizado por paciente, porque aquí el simple hecho de entrar aunque sean ingresados por otro servicio, ella lleva un control muy exacto, entonces a veces me pregunto cuántas cirugías lleva si es una laparoscopia, si fue a lo mejor algo abierto y nosotros tenemos un dato exacto y llevamos una buena relación la verdad.

Entrevistador: ¿Cómo describiría desde su punto de vista la práctica profesional que realizan los trabajadores sociales en este hospital?

Médico: Como me han tocado nada más dos personas, en realidad porque yo no me he movido de medicina crítica, realmente con las pocas personas que he tenido contacto de trabajo social que han sido dos únicamente, yo creo que han sido excepcionales, indudablemente creo que tienen el objetivo de y la misión de ayudar a la gente justamente de una forma más social es más, son más humanistas, es decir, pueden evidenciar o se dan cuenta de las fortalezas o debilidades que pueden tener los familiares de los enfermos y su entorno social y aquí juega un papel importante porque ellos nos avisan si efectivamente hay el dinero como para pedir este tipo de cosas, o bien no existe el dinero pero ellos, ella por lo menos nos da las alternativas o los caminos que debemos tomar nosotros para las autoridades nosotros gestionar o bien ella se percata de cosas que a lo mejor notificaciones del ministerio público notificaciones de otro tipo y/o otra índole nos hace la observación nosotros podemos corregir, porque revisa el expediente clínico.

Entrevistador: Con base en esta experiencia que relata trabajadoras sociales, ¿qué tan preparadas formativamente las considera para cumplir las funciones que se les ha asignado en este hospital?

Médico: Realmente buenas, yo creo que hoy en día la invité a tomar un diplomado en tanatología, yo siento que las personas que están en áreas críticas, en áreas infectocontagiosas, áreas oncológicas, áreas pediátricas, áreas de urgencias, llámese cualquier tipo de trabajador, debe de tener una formación no nada más de licenciatura, tener no una maestría, tener dos características principales ser humano y humanista, que son cosas totalmente distintas, tener una preparación tanatológica. La tanatología y cuidados paliativos son súper importantes porque el simple hecho de ingresar a un paciente, a un

enfermo en un hospital es pérdida de salud, es un duelo y si yo como trabajador social no puedo ver esa pérdida de salud no puedo ver esa pérdida de todo mi entorno que yo estaba bien ayer y ahora estoy mal pues perdemos la misión, yo creo que en las formaciones debe estar más en áreas ya muy establecidas deberían de tener una formación tanatológica, definitivamente.

Entrevistador: ¿Cree que las trabajadoras sociales de este hospital cuenten con ese tipo de formación?

Médico: Yo creo que algunas sí, no puedo decir porque no conozco el departamento como tal, pero por lo menos gente que he platicado con ella sí y no nada más por justificar calidad sino únicamente para poder ayudar de otra forma al paciente.

Entrevistador: ¿Desde su punto de vista cree que se le brinda la importancia suficiente al trabajo que realizan los trabajadores sociales de este hospital?

Médico: Definitivamente no

Entrevistador: ¿Por qué?

Médico: Pues sinceramente creo que el simple hecho de trabajar en un hospital te vuelve un número más, no hay reconocimiento por el trabajo realmente, el que puedas tu sacar tu trabajo es bueno, pero eres sustituible, no hay una formación como tal, no hay un reconocimiento que gracias a tu labor quizás a la mejor en el área social pudiste ayudar a otras personas, quizás esos reconocimientos los hacen los familiares, quizás sean unas cosas más importantes, pero por parte de la institución o por parte de nosotros es muy poco el reconocimiento que podemos hacer para trabajo social, lo vemos como un trabajo administrativo únicamente.

Entrevistador: Si bien usted refiere la importancia que tiene el trabajo que realiza este profesionista de trabajo social ¿Qué pasaría si no hubiera trabajadores sociales en este hospital?

Médico: Definitivamente sería como la triada no, la triada de la salud ahora es un cuarteto no, donde se supone o bueno propiamente la salud es un estado biopsicosocial en equilibrio, pero ahora espiritual. SI NO EXISTIERA LO SOCIAL se quebraría ese cuadrado y dejaría de ser salud, si no existieran trabajadores sociales el ámbito social estaría perdido, por lo tanto, nosotros estaríamos también perdidos, tendríamos que hacer cosas que a lo mejor no estaría ni yo preparado para hacer honestamente.

Entrevistador: ¿Considera que la actividad profesional que realizan los trabajadores sociales debería ir más allá de las funciones que actualmente desarrollan? Habla un poco que cumplen la función administrativa, ¿Cree que deberían ir más allá de estas actividades?

Médico: Híjole ahí sí es algo difícil honestamente, porque tienen que ver planes de desarrollo, metas estandarizadas, hoy en día van cambiando todo esto en base a las metas internacionales, a mi punto de parecer no creo que pueda ser de forma global en un hospital debe de tener si un estándar o un camino,

un tronco común todos pero de ahí derivarse no es la misma necesidad que tiene urgencias que la misma necesidad que tiene terapia intensiva o la que tiene infectología o la que tiene a lo mejor el voluntariado, son áreas totalmente distintas donde sí se necesitaría una preparación exacta así como la medicina hay especialidades, así debería haber especialidades dentro o dentro de la enfermería hay residencias o especialidades, el mismo trabajo social para terapia intensiva, para urgencias, para voluntariado porque son cosas totalmente distintas uno como trabajador o yo lo veo como trabajo social si toda tu vida estuviste quizás en algo medicina interna donde los pacientes están vivos no hay tantas broncas de alguna forma se complican y los mandas a terapia intensiva mueven a esta persona y la mandan a terapia intensiva en donde un noventa por ciento o quizás entre un setenta y un ochenta por ciento estamos hablando de personas con muerte, y si tú no estás preparado para dar esa información de esto pues estas perdido, entonces sí debe haber especialidades en cuestión de educación, educación de secundaria, educación en cuestión hospitalaria, porque son áreas totalmente distintas, no podemos ser todólogos, tenemos que dominar ciertas áreas y esas áreas se pueden compaginar debe haber un tronco común efectivamente en formación, en misión, en lo que viene siendo valores y lo que queremos como objetivo, pero en cuestión de áreas específicas sí debe de haber una ramificación de esta misma, así como todas las áreas médicas.

Entrevistador: ¿Cree que esto sea posible en el caso de trabajador social?

Médico: Sí, porque así como en enfermería tienen cursos especiales como para estado es aquí a cuidado al adulto en estado crítico hay enfermeras que se interesan por terapia intensiva, hay cursos de especialización para pediatría se van los de pediatría, cursos de salud mental enfermedades para salud mental así lo mismo debería haber trabajo social, cursos quizás en cuestión de cosas, trabajo social en el adulto en estado crítico no es lo mismo el estado CRÍTICO INSISTO QUE A UN PACIENTE A LO MEJOR GERIÁTRICO, EL PACIENTE GERIÁTRICO LA TRABAJADORA SOCIAL DEBE DEMOSTRAR UN POCO MÁS DE PACIENCIA PORQUE LOS FAMILIARES SE ENFRENTAN A ALGO DIFERENTE, AQUÍ EN TRABAJO SOCIAL, TERAPIA INTENSIVA DEBE SER UN POCO MÁS TOLERANTE, MÁS HUMANA Y HUMANISTA y de alguna manera no tener tanto el burnout o tener un desgaste porque el simple hecho de acercarte y decirte no tengo dinero quizás lo tengan no lo sé es un desgaste físico muy fuerte el simple hecho de salir a buscar a las personas, explicarles que tienen que pagar, explicarles todo el proceso y el procedimiento hospitalario que se tiene que hacer es muy difícil para ellos porque a veces te enfrentas con cosas que te dicen es que esto no me lo pedían en x pabellón o en x área esto no me lo solicitaban pero ahora usted me está diciendo esto, pero es que su compañera nunca me dice me dejó un recibo para pagar y usted me lo está

solicitando y eso nunca me lo dijeron a mí, por eso debe haber ciertas características para las personas para ciertas áreas hospitalarias.

Entrevistador: Doctor, ya para finalizar ¿le interesaría agregar algo más con respecto a los temas que acabamos de señalar?

Médico: Pues sinceramente creo que todo está bien, creo que trabajo social tiene una función básica e importante dentro de un hospital como yo creo que dentro de una escuela, realmente e igual y dentro de la sociedad debería haber un mediador, trabajo social es como un mediador entre el médico, familiar, médico, paciente, es el mediador que nos hace el puente donde puede ser muy fácil todo o definitivamente puede ser muy imposible, en donde quizás ellos son la primera puerta que van a ver los familiares y ellos van a dar de alguna manera la imagen hospitalaria, la imagen como trabajador, la imagen de cómo es un servicio sin querer, ellos se van a enfrentar a eso y si a veces nosotros como personas no dejamos de ser personas y si tratamos mal a veces a los familiares pues decimos justamente por eso el hospital está como está, son como puertas es lo primero que nosotros vemos es como la no le llamo como corredizo sino como la sala de la casa ustedes son la puerta de entrada de todo y si ustedes son amables independientemente de que tengamos problemas o no tengamos problemas si son amables, humanos y humanistas, humanos conmigo mismo y humano con la persona, con el enfermo el entendimiento humanista saber los valores y reconocer fortalezas y debilidades que puede tener la otra persona y poder saber cómo llegar a ellos sin llegar a la agresión ustedes son la puerta de todo de un hospital de otro tipo de lugares es el primer contacto y son los canales, son los puentes que nosotros tenemos como médicos que cruzar para poder llegar a alcanzar el objetivo.

ANEXO 4. DIARIO DE CAMPO

Fecha: 6.09.2017

N° de diario de campo: 1

Hora de inicio: 12:00

Hora de término: 13:28

Lugar: Servicio de Neonatología del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”.

Objetivo general:

Realizar la prueba piloto de la guía de entrevista para identificar si las preguntas son comprendidas y las respuestas producen un discurso reflexivo, evocativo y profundo, que se aproxime al propósito central de la investigación.

Desarrollo:

A partir del trabajo realizado en la prueba piloto del cuestionario, se recuperaron los contactos generados para realizar este ejercicio con la guía de entrevista; para ello, se contó con la participación de un médico de base del Hospital Infantil “Federico Gómez”, cuyo cargo es el de Jefe del Servicio de Neonatología.

Antes de efectuarse, hubo un tiempo de espera de una hora, que sirvió para hacer una observación no estructurada de la dinámica laboral del servicio, identificando un trabajo constante de médicos residentes y enfermeras.

Esta unidad cuenta con dos trabajadoras sociales en el turno matutino y vespertino, a quienes no se les pudo identificar debido a sus actividades, pero fueron referidas por las secretarias como las encargadas del aspecto familiar de los recién nacidos.

Transcurrida una hora, el entrevistador arribó a su oficina, mostrándose abierto y accesible para llevarla a cabo. Ésta se desarrolló a partir de las siguientes preguntas: ¿cuál es su trayectoria profesional?, ¿cuáles son las principales actividades que desarrolla usted en este hospital?, ¿cómo se relacionan con las que llevan a cabo los trabajadores sociales en este hospital?, ¿cómo ha sido su experiencia profesional con los trabajadores sociales de este hospital?, ¿cómo describiría la práctica profesional de los trabajadores sociales de este hospital?, ¿qué tan preparados considera que están los trabajadores sociales de este hospital para enfrentar las problemáticas sociales de los pacientes y por qué?, ¿considera importante la práctica profesional de trabajadores sociales en este hospital y por qué?, por último, ¿le interesaría agregar algo más?

La entrevista se realizó en la recepción del servicio de neonatología, grabada en audio con previa autorización del médico y duró aproximadamente siete minutos, dado que disponía de poco tiempo debido a sus ocupaciones. Aunque no hubo interrupciones, se recomienda desarrollarla en espacios privados para evitar distractores vinculados con la dinámica laboral.

Al concluirse se le solicitaron sus comentarios al médico sobre la entrevista, y únicamente refirió que había un buen manejo de la técnica por parte del entrevistador.

Interpretación:

La guía de entrevista responde al propósito de la investigación, las respuestas proporcionadas por el sujeto provocaron algunas reflexiones sobre los temas en cuestión, siendo imperante escuchar con mayor detenimiento las opiniones vertidas para generar nuevas preguntas.

Respecto a la guía, los ajustes realizados en sesiones anteriores fueron adecuados, gracias a que las preguntas eran evocativas; sin embargo, debe ampliarse la cantidad de interrogantes porque solo hubo una posibilidad de encuentro. Asimismo, es necesario que el entrevistador aproveche el tiempo brindado, con un buen manejo en la técnica de la entrevista para alcanzar los objetivos propuestos.

Se prevé que las entrevistas duren de 8 a 20 minutos, tiempo que no se vincula con la calidad informativa, ya que a pesar de que la realizada fue breve, dio varios elementos para análisis e interpretación. Además del correo electrónico, es preciso utilizar otras vías de contacto con los médicos, como las redes de apoyo generadas con las trabajadoras sociales o localizarlos directamente en su servicio.