



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

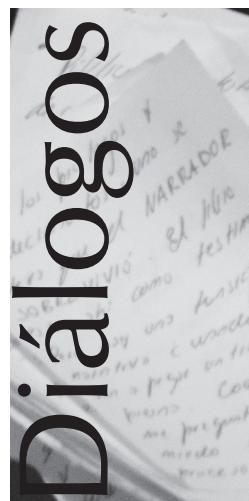
Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Wlosko, Miriam; Ros, Cecilia
El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la
perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier
Salud Colectiva, vol. 11, núm. 3, septiembre, 2015, pp. 445-454
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73141743010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier

Care work in the health sector based on the psychodynamics of work and the care perspective: An interview with Pascale Molinier

Wlosko, Miriam¹; Ros, Cecilia²

RESUMEN Esta entrevista a Pascale Molinier se realizó en Buenos Aires, en octubre del 2014, en el contexto de las actividades organizadas por el Programa de Salud y Trabajo del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina. La entrevista aborda la relación entre trabajo y subjetivación, examinando el rol del trabajo tanto en la estructuración psíquica, como en la dinámica placer-sufrimiento y en la construcción de las identidades de género. Se examina el trabajo del cuidado “feminizado” –enfermeras, cuidadoras, mucamas, etc.– desde la perspectiva del “care”, analizando su invisibilidad intrínseca y la imposibilidad de ser cuantificado y medido, lo que constituye un importante desafío para las lógicas de gestión y de management.

PALABRAS CLAVES Trabajo; Salud Mental; Identidad de género; Personal de Salud; Cuidadores; Gerencia.

ABSTRACT This interview with Pascale Molinier was carried out in Buenos Aires in October 2014, in the context of activities organized by the Health and Work Program at the Department of Community Health of the Universidad Nacional de Lanús, Argentina. The interview explores the relationship between work and subjectivation, examining the role of work in the structuring of the psyche, in the dynamics of pleasure and suffering, and in the construction of gender identities. “Feminized” work – that of nurses, caregivers and maids, among others – is examined from a “care” perspective, analyzing its intrinsic invisibility and impossibility of being quantified and measured, which makes it a challenge to management-based logic.

KEY WORDS Work; Mental Health; Gender Identity; Health Personal; Caregivers; Management.

¹Psicóloga. Docente, investigadora. Coordinadora del Programa de Salud y Trabajo, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Doctoranda, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. miriwlos@gmail.com. ²Psicóloga. Docente, investigadora. Coordinadora del Programa de Salud y Trabajo, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. Doctoranda, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. roscecil@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Pascale Molinier es profesora de Psicología Social de la Université Paris 13 Villetaneuse, directora de la Unité Transversale de Recherche Psychogenèse et Psychopathologie, directora adjunta del Groupement d'Intérêt Scientifique-Institut du Genre (GIS-IDG), y directora de la revista pluridisciplinaria *Les Cahiers du Genre*.

Es autora de los libros *L'enigme de la femme active* (1), *Les enjeux psychiques de travail* (2), *Le travail du care* (3), coautora con Sandra Laugier y Patricia Paperman del libro *Qu'est-ce le care?* (4) y con Luz Gabriela Arango Gaviria del libro *El trabajo y la ética del cuidado* (5), así como de numerosos artículos. Ha desarrollado diversas investigaciones en torno a las problemáticas vinculadas al trabajo, la subjetividad y el género desde la perspectiva de la psicodinámica del trabajo (a), a la que ha realizado importantes aportes teórico-conceptuales y metodológicos.

Su extensa experiencia de investigación e intervención en el campo de la psicodinámica del trabajo y en los estudios de género, así como sus desarrollos sobre el trabajo del care (b), nos orientaron a dialogar con ella respecto del lugar del trabajo en la salud y en la subjetividad de los trabajadores.



Pascale Molinier, Buenos Aires, 2014.

El diálogo que presentamos a continuación se realizó en el contexto de las actividades (c) que Pascale Molinier desarrolló en Buenos Aires, en octubre del 2014, organizadas por el Programa de Salud y Trabajo del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

DIÁLOGO

Miriam Wlosko: *El asunto de las relaciones entre el trabajo y los procesos de salud y enfermedad mental es sin duda complejo. Es en este punto en el que surgen dos grandes preguntas: la primera tiene que ver con el rol del trabajo en la estructuración psíquica del sujeto ¿se podría afirmar que el trabajo estructura psíquicamente a los sujetos, o es un "complemento" de una estructuración psíquica que ya está realizada? La segunda pregunta se vincula con el papel del trabajo en la etiología de los trastornos psicológicos y psiquiátricos. ¿Cómo pensás estas cuestiones?*

Pascale Molinier: Creo que las dos preguntas tienen relación con la denominada “centralidad del trabajo”. No considero que el trabajo tenga el valor sociohistórico de una invariante. Pero en las sociedades occidentales, a partir del siglo XIX, el trabajo es la actividad que permite –o que impide– la creatividad. Y el sujeto humano tiene la necesidad de ser creativo y de dar sentido a su vida a través de los procesos de creación. El psicoanálisis, por ejemplo, en la obra de Freud, plantea tres actividades vinculadas a la creación: el arte, la religión y el trabajo científico e intelectual. Pensamos, y tenemos pruebas clínicas de que el trabajo común y ordinario también es un sitio donde se puede expresar la subjetividad. En el ámbito de la psicodinámica del trabajo, estudiámos lo que yo llamaría las formas de subjetivación generadas por el encuentro entre el sujeto psíquico y las situaciones de trabajo. Desde este punto de vista, el trabajo no se trata de un “complemento”, como piensa mucha gente del ámbito de la psicología. No es un complemento en la medida en que la gente, en el trabajo, responde a una experiencia de lo real, entendiendo lo real como una contingencia, algo imprevisto, lo que

resiste a lo previsto. Es una situación en la que hay que inventar algo, hay que movilizar la inteligencia. Esta experiencia es una experiencia de sufrimiento, porque es difícil, es ansiógena, es angustiante. Y es una experiencia que se vive en el cuerpo, en el sentido de una corporalidad, del cuerpo pulsional, del cuerpo como capacidad de ser afectado. ¿Afectado por qué? Por la angustia, por el miedo, por la compasión, por el aburrimiento, por muchos afectos que aparecen en un contexto totalmente distinto del de la vida familiar o afectiva, en el sentido clásico del término. Es una experiencia nueva para el sujeto, y desde este punto de vista, no es un complemento porque no existía antes, es una creación de su subjetividad. Es por eso que hablamos de *subjetivación*.

Christophe Dejours va a hablar de "realización de sí". Yo creo que es más bien un cambio, una mutación que no estaba prevista desde la vida anterior, es algo totalmente nuevo lo que se genera en la experiencia particular de encuentro con lo real del trabajo. A su vez, esta nueva experiencia se inscribe en la historia del sujeto. Un concepto interesante que permite la articulación entre la historia psicoinfantil y el trabajo es el de *resonancia simbólica*, pues el trabajo permite resolver dificultades que provienen de la historia del sujeto y que son inconscientes. La resonancia simbólica alude a un vínculo entre el inconsciente del sujeto y la posibilidad de cambiar las fuentes de sufrimiento personal a través de este proceso de creación en el trabajo. Por ejemplo, si tú tienes una mamá que padece una enfermedad mental, tú no puedes hacer mucho por ella ni con este vínculo afectivo, pero si eres psicólogo o psiquiatra, a través de tu actividad de trabajo vas a poder resolver algo de la problemática relacionada con tu historia personal. De modo muy esquemático, ese es el sentido de la resonancia simbólica. Pero hay situaciones en las que este proceso no se puede desarrollar. Si tomamos el mismo ejemplo, tú no has podido cuidar a tu mamá enferma y siendo profesional de la salud, no puedes cuidar tampoco a los enfermos que tienes hoy en día por problemas vinculados con la organización de trabajo, por ejemplo. En este caso, hay una repetición del sufrimiento que constituye una fuente posible de descompensación psicopatológica. Entonces, a través de la resonancia simbólica se puede comprender cómo esta experiencia nueva puede inscribirse del lado de la sublimación,

del sentido de la vida del placer en el trabajo, y ser exitosa; o por el contrario, puede inscribirse del lado de la "anti-sublimación". Esta noción alude no solo a que no hay sublimación, sino a que hay algo en el trabajo que impide el proceso de creación, de creatividad y de sublimación. Es en ese momento en el que puede sobrevenir una descompensación, que es uno de los destinos del sufrimiento en el trabajo. El sufrimiento se puede transformar en placer a través del proceso de sublimación pero puede, a su vez, transformarse en una carga demasiado pesada para el sujeto, fragilizándolo y facilitando de ese modo la emergencia de enfermedades, no solamente mentales. En el ámbito de la *psicodinámica del trabajo* tomamos en cuenta la subjetividad, pero se trata de la subjetividad singular, encarnada en cuerpos diferentes, que pueden o no sufrir descompensaciones de modos diferentes. Por eso la epidemiología del sufrimiento en el trabajo no es tan fácil de desarrollar, dado que las formas de descompensación son muy singularizadas.

Cecilia Ros: ¿Qué aporte puede hacer la *psicodinámica del trabajo* a la cuestión vinculada con la centralidad del trabajo en la construcción de la salud y de la identidad de género, por un lado, y a la construcción de las relaciones de dominación y su eventual subversión que son, por lo general, subestimadas por la mayor parte de los análisis psicológicos, epidemiológicos, sociales y políticos?

PM: El trabajo tiene un papel central en la identidad de género. El mundo del trabajo está enteramente construido sobre una división sexuada del trabajo. Es decir, hay tareas feminizadas y hay tareas masculinizadas. Esta división sexuada del trabajo existe en todas las sociedades y con esta particularidad (el tema de la dominación viene junto con el concepto de división sexuada del trabajo) de que no solo hay tareas feminizadas y masculinizadas, sino que las tareas de los hombres tienen un valor socialmente superior que las tareas ejercidas por las mujeres. El concepto de trabajo ha sido construido sobre la base de las actividades asalariadas y masculinas. El trabajo doméstico –el trabajo de criar a los niños, de cuidar a los ancianos– hasta la década de 1980, es decir, hasta hace muy poco tiempo, no estaba integrado en el concepto de trabajo.

Tomar como eje de análisis la división sexuada del trabajo es un reto tanto desde el punto de la lucha contra las formas de dominación entre hombres y mujeres, así como dentro del grupo de los hombres o dentro del grupo de las mujeres, ya que no son grupos homogéneos. Reflexionar sobre el tema de las identidades de género a partir del trabajo implica tomar en cuenta la división sexuada y social del trabajo. Es claro que la identidad de género de una ejecutiva no es la misma que la de una mucama. El grupo femenino no existe por sí mismo. Existen identidades de género que se construyen en relación con distintas experiencias de lo real, pero ya sabemos que estas experiencias son socialmente sexuadas, en el sentido de que los hombres y las mujeres no hacen las mismas tareas. Y este es un punto ciego del psicoanálisis, porque piensa las identidades masculinas y femeninas como vinculadas solamente a lo sexual. Lo que pensamos es que en esta experiencia de trabajo se desarrollan formas de subjetivación sexuada en la medida en que los afectos, el sufrimiento que se experimenta en el trabajo, no son los mismos. Por ejemplo, estar atento a la vulnerabilidad o al sufrimiento de los demás –que es una actitud central en todas las actividades denominadas femeninas del cuidado, de la salud, de la educación, de los cuidados domiciliarios– todas estas actividades exponen a las trabajadoras a una forma de sufrimiento que es la *compasión*; porque hay que *sentir*, estar atentas a las dificultades de los otros; ya que es necesario para hacer bien el trabajo. Por ejemplo, tú no puedes seguir siendo enfermera si no puedes llevar a cabo una cierta atención a los demás. Ser médico es distinto porque tú puedes concentrarte en las tareas técnicas de la medicina y dejar la parte denominada “humana” a las enfermeras. Hay que señalar que, por ejemplo, en el caso de las médicas, la gente espera de ellas una atención que no es la que espera necesariamente de los hombres médicos. Es muy importante saber que las médicas deben arreglárselas con el hecho de que la gente espera de ellas más cuidado que de parte de los hombres médicos. Eso vale, para las enfermeras, pero vale también para las médicas. Entonces la manera de construir su propia experiencia del trabajo no es necesaria ni exactamente la misma para los médicos que para las médicas.

MW: En tus trabajos, la noción de “trabajo del care” es un concepto central. ¿Cómo la definirías? ¿Cómo vinculás esta noción con las profesiones mayoritariamente femeninas, como la enfermería? Y, además, ¿qué significa que la dimensión relacional del cuidado hospitalario es en gran parte invisible o que está invisibilizada? ¿Cómo puede compatibilizarse esta invisibilidad del trabajo del care con los criterios y modalidades de evaluación que se esperan en la organización y en la evaluación del trabajo hospitalario?

PM: Según Joan Tronto (9), el care es “una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos con vistas a mantener, continuar o reparar nuestro ‘mundo’, de tal manera que podamos vivir en él lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades (*selves*) y nuestro entorno, que buscamos tejer juntos en una red compleja que sostiene la vida” (10).

El trabajo del care es todo aquello que es preciso hacer para mantener un *mundo común*. El hospital es un mundo totalmente aterrador para la gente, y no tiene nada que ver con un mundo común. ¿Y cómo se construye este mundo común donde la gente se habla, está atenta respecto de los otros, donde hay un café en una taza de cerámica y no en un vaso de plástico? Construir un mundo común parece algo muy sencillo, porque siempre tenemos la idea de que el mundo común está ahí, pero no es así. Es una construcción que se hace día tras día, noche tras noche, es un trabajo que no tiene límites en el tiempo, y que obviamente se evidencia solamente cuando hay desgaste, cuando desaparece. Pero en lo ordinario el mundo común está aquí y estamos seguros de que va a permanecer, pero no: este mundo común es objeto de todo un trabajo, y a ese trabajo lo llamamos “trabajo del care” o trabajo del cuidado. Para mí, esta dimensión del mundo común es muy importante.

Ese trabajo es invisible, no se puede “contar”. No es posible llevar a cabo modalidades de evaluación que pretendan “medir el trabajo”. La razón por la que ese trabajo no se puede medir –algo que todas las herramientas de gestión y de management tratan de llevar a cabo, esto es, medir el número de camisas planchadas, medir el número de cuidados, de desarrollados, etc.– es

porque el cuidado moviliza relaciones particulares. Entonces, para entender las elecciones, las maneras mediante las cuales la gente organiza sus trabajos, y las respuestas que se dan a las necesidades de los demás hay que pasar por otras formas de descripción tales como los relatos, las historias y las narraciones contextuales, que permiten acceder al sentido, cada vez distinto, de por qué la gente hizo una u otra elección con relación a su trabajo.

Hay además una dimensión muy importante que tampoco se puede medir, y que está totalmente ausente de las herramientas de la gestión: la temporalidad. El cuidado es algo que se instala en la temporalidad. Esto se ve muy bien en el cuidado de los discapacitados, de los niños o adultos con enfermedades mentales. Por ejemplo, las cuidadoras familiares, las enfermeras que trabajan en psiquiátricos, hablando de sus pacientes, dicen: "hemos pasado nuestra vida entera con esta gente". Los vínculos son muy fuertes. ¿Y cómo puedes medir eso? Es imposible. Por eso, es preciso considerar al trabajo del cuidado como un trabajo que puede ser definido como *inestimable* (11). Hay que tomarse esto muy en serio: es *algo que no se puede negociar y por ello hay que inventar otras formas de evaluar el trabajo*. Además, es lo que la gente quiere: cuando las personas llegan al hospital o al centro de atención, necesitan de alguien que los cuide, que responda a su angustia, que pueda responder a su necesidad de tener una silla, por ejemplo. Como puede verse, se trata de necesidades muy concretas, muy sencillas, pero si nadie tiene el tiempo o la disponibilidad para pensar en eso, para esa persona la situación se puede poner muy difícil. Calcular el valor económico del cuidado no es fácil. Hay que pensarlo de otra manera, implica un cambio de paradigma en la escala de valores. En nuestras sociedades se da mucho valor a todas las actividades especializadas del campo de la salud: a los anestesistas, los cirujanos, etc. Y cuanto más especializados son, mayor es el valor de eficacia que se les otorga. Y la verdad es que eso funciona y funciona económicamente también, pero para calcular el cuidado no se puede segmentar, no se puede especializar, porque la verdad es que toda la gente tiene la capacidad de dar un vaso de agua a otra persona, no es una especialización, es una ética y es un trabajo. De tal manera que esto es un desafío para la gestión.

MW: *En muchos de tus escritos mencionás que en las tareas del cuidado –sean las de las enfermeras, las de las empleadas domésticas, las de cuidadoras de niños, etc.– hay una “invisibilidad necesaria” en estos tipos de trabajo. Si el trabajo está bien hecho tiene que ser invisible, tiene que desaparecer, y solo cuando está mal hecho aparece. Pero el asunto es que con esta desaparición del trabajo desaparece también el reconocimiento de que ahí hubo un trabajo, incluso desaparece la persona misma que hizo el trabajo. Entonces, sería interesante que nos comentes qué pasa con esta invisibilización necesaria y con el reconocimiento de las personas en el trabajo del care o del cuidado.*

PM: Una parte de la respuesta está en la pregunta, porque la verdad es que el cuidado moviliza un saber hacer discreto. La inteligencia que se moviliza en el cuidado tiene como objetivo anticiparse a las necesidades: si tú tienes sed y tienes que esperar tres horas, eso no es cuidado; pero si el vaso de agua llega justo en el momento en que tú empiezas a tener sed, eso es cuidado. Hay que anticipar esta necesidad. Y cuando analizamos el trabajo del cuidado, nos damos cuenta de que todo el trabajo del cuidado está hecho de pequeños gestos que no se ven mucho pero que necesitan de un trabajo psíquico, un trabajo mental, un trabajo cognitivo muy importante para anticiparse a las necesidades. Responder bien a una necesidad es responder de una manera adecuada y a tiempo y esto no es para nada fácil, de tal manera que es invisible. Pero se puede contar, podemos hacer relatos de estas tareas de modo tal que, aunque no sea visible, se pueda acceder al trabajo del cuidado mediante la palabra. El asunto de la invisibilidad es importante ya que cuando tú estás haciendo un trabajo con el cuerpo desnudo de una persona, es preciso ocultar ese trabajo y, en ese sentido, hay una invisibilidad necesaria que no puedes transgredir, pues hay que proteger la intimidad de la gente. Es por eso que el trabajo del cuidado o del care no tiene la característica de lo visible, por lo que es muy poco reconocido desde el punto de vista de los conocimientos. Pero se puede tener otra legitimidad a través de la confianza, y ese es el problema principal. La gente que tiene puestos jerarquizados (administradores, médicos y hasta enfermeras) no tiene mucha confianza en la capacidad de las personas

que cuidan: las ayudantes, los familiares, mucha gente que hace el trabajo básico de cuidado. Estas personas no tienen legitimidad desde la mirada de la jerarquía. Aquí hay un trabajo muy importante a realizar a fin de pasar del paradigma de visibilidad y reconocimiento a un paradigma de *decires*, esto es, de palabras, relatos y confianza. Creo que los psicólogos pueden jugar un papel muy importante en este pasaje, por ejemplo, en el análisis de las prácticas. En este tipo de análisis no vamos a ver lo que está haciendo la gente, sino a escuchar lo que la gente *dice* de lo que está haciendo, lo cual es totalmente distinto, y supone tener confianza en la palabra de la gente que está inferiorizada. Es algo que parte de un principio muy sencillo, pero que es socialmente difícil de cumplir porque muchas tareas de cuidado están hechas por la gente menos calificada: por ejemplo, en Francia, por mujeres migrantes y pobres. Entonces, la legitimidad de su discurso, de su palabra, es débil. Y esto hay que cambiarlo.

CR: *Desde un cierto lugar, uno podría interpretar que esta invisibilidad del cuidado, vuelve a esa actividad algo inaprensible, algo inmanente, algo que no puede ser comprendido más que en el hacer mismo. ¿Y eso no atenta un poco contra la cuestión de si es posible formarse para el cuidado, de si es posible hacer algo que tenga que ver con transferir cómo cuidar? De otra manera puede parecer como que son disposiciones "naturales" de las personas que cuidan...*

PM: Es cierto, pero el cuidado se transfiere por medio de la palabra y de los relatos. Es un camino que funciona muy bien en los equipos de los cuidadores y cuidadoras. Ellos y ellas se hablan y a través de esos relatos se hace la transmisión de las experiencias y de los saberes. Pero para eso se necesita tiempo, y sabemos que el tiempo es muy escaso en los espacios de trabajo, y también en el espacio que nos interesa, en este caso, el hospital. Y, desde mi punto de vista, es un error fatal que no haya, precisamente en estos lugares, espacios para la palabra, grupos en los que circule la palabra. Hay que privilegiar la posibilidad de que las cuidadoras puedan hablar en el trabajo, y saber que la palabra es una herramienta crucial en el trabajo del cuidado. Dar confianza a la palabra, a la palabra dentro de los equipos, sin que esta palabra

sea necesariamente evaluada, o se produzca en presencia de un jefe. Porque lo peor que le puede ocurrir al cuidado –y esto se ve mucho en el ámbito de los servicios– son los guiones para establecer relaciones. Como en los *call centers*, las cadenas de comidas rápidas, los bancos, por ejemplo, donde los trabajadores tienen *scripts* o guiones que indican cómo deben relacionarse, que no funcionan para nada. Es algo totalmente artificial respecto de la relación que se establece, pero claro... eso se puede medir: "*tienes tres minutos para*", "*tú debes responder de ese modo*". Eso es exactamente lo contrario de la perspectiva del cuidado.

MW: *¿Cómo relacionarías la perspectiva del cuidado con las modalidades de evaluación de los modelos de gestión "manangeriales" imperantes, que se ven no solo en los hospitales o en el ámbito de la salud sino en todos lados?. Porque, sin duda, es una impronta del capital en este momento, medir, contar, evaluar...*

PM: Sí, la dificultad es que los gestores no saben nada del cuidado. Afortunadamente saben de gestión, lo cual es importante. No sería un problema si la gestión *manangerial* no fuese el discurso dominante, un discurso que piensa que puede resolver todo a partir de sus propios criterios. Eso es falso. La supremacía del discurso de la gestión es un error grave. Los gestores, con este punto de vista, no pueden hacer mucho, son los otros los que tienen que cambiar algo. Creo que *los y las cuidadoras tienen un saber inalienable en las categorías de la gestión*. Este saber que ellas y ellos tienen deben defenderlo, fomentarlo y visibilizarlo, de tal manera que podríamos imaginar un mundo donde existiera la voz de la gestión pero, al mismo nivel, la voz del cuidado. Es una utopía, pero podría funcionar, y funciona a veces en un nivel micro o local, porque hay gestores que saben escuchar a los cuidadores y cuidadoras que saben hablar de su trabajo sin reducirlo a las categorías de la gestión, o sea, sin participar de la desaparición de su propio trabajo en estas categorías. Para mí es muy importante la idea de que hay varios idiomas, varios lenguajes, varias descripciones del mundo del trabajo, y hay que generar descripciones a partir del cuidado, de tal manera que se cambie un poco la relación de fuerza y que los gestores escuchen otra voz. Y creo que esto

es posible sí, y solo sí, los cuidadores y las cuidadoras toman conciencia de que el trabajo del cuidado está vinculado con una crítica muy fuerte del neoliberalismo, y que es un reto social y político muy fuerte que los cuidadores y cuidadoras tienen en sus manos.

MW: ¿Por qué el trabajo del cuidado es un reto al neoliberalismo?

PM: Porque no se puede medir. Los gestores van a seguir diciendo "si no se puede medir no existe", entonces hay que luchar contra este discurso, y no se puede luchar de manera aislada. Por eso la perspectiva del cuidado no solamente es una descripción del mundo del trabajo, sino también una perspectiva política.

CR: Según tu perspectiva, ¿existe algo así como un "discurso del cuidado" o solamente restringirías el cuidado a algunos tipos de trabajos o de tareas?

PM: Por un lado, hay oficios que son específicamente de cuidado; pero, por otro, el trabajo del cuidado es algo transversal a muchas actividades y no se restringe solamente al ámbito de los servicios. ¿Quién no tiene en su familia un parente mayor, alguien con el mal de Alzheimer, un niño discapacitado, alguien con cáncer? Es parte de la vida ordinaria de la gente, y es también una manera de dar presencia a nuestra vulnerabilidad. La vulnerabilidad es el talón de Aquiles del neoliberalismo, porque es un punto ciego. En la mirada neoliberal, toda la gente es autónoma, joven, sana, feliz y tiene iniciativa. Pero este modelo del ser humano es una pura ficción, y entonces estamos en la alienación cultural total, vivimos en una mentira ideológica, porque la vida cotidiana del ser humano no es así. El cuidado da una visibilidad a la vulnerabilidad, por eso me parece que es muy importante.

La combinación entre la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care es muy poderosa para desestabilizar esta ficción, este imaginario social del neoliberalismo. Es a partir de explicitar la relación entre la subjetividad y el trabajo que se puede responder al discurso hegemónico de la gestión.

MW: En tus investigaciones vinculadas con enfermeras y cuidadoras de geriátricos mostrás cómo

el saber hacer en enfermería implica un duro disciplinamiento de los cuerpos en la socialización profesional, mediante el cual se va construyendo la posición psíquica necesaria para desarrollar el trabajo de enfermería. Desde el sentido común prevalece hoy día una mirada respecto de las/os trabajadoras/es del cuidado (de la salud, de la educación, y en todos los oficios vinculados al trabajo con otro/s) que considera al "amor" a los enfermos, a los niños, etc., como un "don natural", como un "saber ser", en el que este amor naturalizado enmascara al trabajo. En tus escritos realizas una "crítica de la devoción" a partir de la que afirmás que es preciso desnaturalizar este amor bajo el cual se oculta una noción de femineidad socialmente construida. Y hablás de "compasión", término que tiene una resonancia muy religiosa en español...

PM: En francés también. *Compasión*, etimológicamente, quiere decir compartir; entonces es *sufrir con*. Me parece mucho más interesante que la empatía que está de moda hoy día, porque la empatía está construida sobre la idea de *sufrir como*, y yo no creo que las enfermeras sufran como los enfermos; *sufren con*, es una relación. En algún momento fue muy interesante, porque las enfermeras me decían: "*¡compasión no!, porque no somos monjas!*". Fue una entrada polémica, que resultó muy buena para el debate con las enfermeras. Hoy estoy hablando más en términos de "sensibilidad con el sufrimiento de los demás" y del cuidado, porque el cuidado tiene esta dimensión afectiva que permite no hablar de compasión.

Todo mi esfuerzo en este sentido está orientado a demostrar que el cuidado es un trabajo. Hay que responder a las necesidades y esto no es solo una preocupación intelectual, sino que hay que "hacer algo". Y es muy importante porque hay que sacar el cuidado de lo femenino, o del amor, o de la solidaridad familiar o militante. Yo puedo argumentar que es un trabajo, pero hay que decirlo: muchas cuidadoras hablan del amor. Una vez pregunté a un grupo cómo definirían a una buena trabajadora, una buena cuidadora. Me respondieron: "*es una persona que trabaja con el corazón*". Son sus *decires*, uno no puede escaparse de ellos si de lo que se trata es de hablar del trabajo. ¿Sería la prueba de una falta de distancia o de profesionalismo? ¿Se equivocan las cuidadoras

cuando hablan del amor? Hay un déficit semántico en el dominio de los afectos. Usamos la palabra amor para decir, para designar afectos muy distintos: el amor conyugal, el amor erótico, el amor a los niños... Es una palabra genérica para designar cosas muy distintas del dominio de los afectos. La pregunta sería entonces ¿qué sentido tiene la palabra amor para estas trabajadoras? La aproximación que podemos hacer de esta palabra es radicalmente contextual. Es como si alguien hablara un idioma extranjero, y tuviera que entender esa palabra rara: el amor a los ancianos, el amor a los pacientes. La palabra "amor" aparece en relatos que hablan de cómo "aguantar" el trabajo del cuidado; porque es un trabajo muy difícil, y posee una carga física muy importante. La fatiga es muy fuerte en el trabajo de cuidar, y es muy subestimada. Las condiciones de trabajo son muy difíciles: falta de tiempo, mucha gente y poco personal y hasta desprecio. En Francia, la mayoría de las cuidadoras son migrantes: mujeres árabes, de las Antillas francesas, del Caribe, haitianas, africanas del sur, de Camboya, de Vietnam. Todas estas mujeres que no son blancas, son despreciadas socialmente, y no tienen reconocimiento social. El tema del asco, de trabajar con las heces, con excrementos, con todas las excreciones del cuerpo, es algo que surge mucho en los relatos. Entonces, se puede aguantar si se trabaja con el corazón. En este sentido, el amor no es una negación del trabajo, sino que es la ética del trabajo: para hacer bien su trabajo se debe movilizar un régimen de afectos, que ellas llaman "amor", pero que recubre cosas de una ambivalencia terrible. Claro que hay gente a la que aman y gente a la que odian. Aquí se añade la dimensión del colectivo. Si hay un colectivo de cuidadoras que funciona bien, ellas eligen sus pacientes. Porque como son relaciones muy particulares, uno no puede cuidar a toda la gente de la misma manera: hay gente que te gusta, gente que te gusta menos... entonces hay que hacer un trabajo colectivo, que pasa por la palabra, por la discusión, para no dejar a estas personas "ingratas" sin cuidado. Por eso el cuidado no es un valor, no es una capacidad personal, siempre es una construcción colectiva. Para trabajar con el corazón hay que apoyarse sobre una construcción colectiva de gente que piensa que trabajar con amor tiene sentido. Pero eso no quiere decir que los afectos sean todos positivos,

que sean naturales, que provienen del fondo del alma... no tiene nada que ver con esta representación. La verdad es que el "amor" para las cuidadoras es una palabra que representa aquello que cuenta para ellas, lo que es preciso poner en juego para aguantar todas estas dificultades de afectos en el vínculo entre ellas y los pacientes o las personas mayores, etc. De tal manera, que no es una falta de profesionalismo, al contrario. El malentendido entre ellas y los formadores, gestores o jefes se genera en torno de la construcción de esa "distancia": la denominada "buena distancia terapéutica" que hay que mantener con los pacientes, una distancia que casi siempre es pensada como un "estar más lejos". Y para ellas es exactamente al revés: se trata de cómo acercarse a la gente ciega, loca, que huele mal, que no es necesariamente simpática, que puede ser racista, etc. Para ellas, la dificultad no es tomar distancia sino acercarse y tratar de construir un vínculo humano con la gente, y en todo eso está la palabra "amor". La palabra "amor" no es por lo tanto solo una palabra, es una puerta de entrada a todos estos relatos e historias, que tejen la perspectiva del cuidado.

MW: Es interesante, porque pone en perspectiva la cuestión del afecto como clave para pensar tanto la dimensión del sufrimiento como la del placer, así como la complejidad en la interacción entre ambas dimensiones asociadas al trabajo, a cualquier trabajo, a todo trabajo. En este sentido, ¿cómo avanzar sobre ese terreno sin aplanar dimensiones de, al menos, dos campos que se juntan: el de las ciencias sociales del trabajo, que tiene la complejidad de lo que es el trabajo, con todo lo que eso implica y las relaciones sociales de dominación que siempre están presentes en el trabajo y, por otro lado, las dimensiones de placer, displacer en el trabajo, presentes en el abordaje del psicoanálisis y que retoma la psicodinámica del trabajo para pensar los afectos. Es decir, ¿cómo ves vos esta intersección entre una lectura pulsional de la subjetividad y una lectura del sujeto social?

PM: Es un problema metodológico. Cuando uno inicia una investigación, escucha a la gente con cierto modelo. Por ejemplo, si yo voy a escuchar a un grupo de cuidadoras tengo la idea de que ellas tienen un inconsciente pulsional, que ellas pueden

ser excitadas por el contacto con el cuerpo de los demás, o que se pueden sentir incómodas por ese contacto, que tienen una relación con la sexualidad de sus pacientes porque saben cosas de su intimidad, etc., etc. Yo llego a la investigación con todo este modelo que tiene una referencia al psicoanálisis muy fuerte, y la gente me habla de eso, porque no te puede decir otra cosa que lo que ellos saben, sienten, con su propio equipo corporal, inconsciente, que tú puedes entender. Por ejemplo, a mí me hablan mucho las cuidadoras de sexualidad, y los colegas sociólogos me preguntan: "¿por qué?". ¡Pero no pregunté nada sobre este tema! ¡El tema viene! Entonces, yo creo que ese es un aspecto metodológico muy importante, que si tú no tienes este vínculo con el inconsciente, con la subjetividad, estos temas no van a surgir en el contexto de la investigación. Escuchar las historias del mundo del trabajo es una experiencia que genera mucho sufrimiento y angustia porque la gente te habla de todo lo que no funciona. Ante esto, es humanamente esperable anteponer defensas. Es por ello que la dimensión metodológica del colectivo y del colectivo pluridisciplinario como método de investigación es esencial: si la investigación es llevada a cabo

solo por psicoanalistas o solo por psicólogos del trabajo o a partir de cierta idea de no sé qué, toda esta gente es demasiado homogénea para tener un discurso contradictorio en el grupo de los investigadores. La idea es, en cierta manera, buscar el conflicto de interpretaciones (para luchar contra las propias defensas), por eso necesitamos grupos de investigadores pluridisciplinarios.

Y en este contexto, el lugar del lenguaje es crucial. En ese sentido, hay dos cuestiones muy importantes de la influencia del psicoanálisis en la psicodinámica del trabajo. Una, es la capacidad de entender que el discurso no dice exactamente lo que dice, pero que al mismo tiempo la gente nunca dice nada más allá de lo que dice. El segundo punto es que el saber está del lado de los trabajadores, el saber no está de nuestro lado. Si no estoy lista para perder todos mis conceptos no hay encuentro posible. Es un riesgo que hay que asumir. Es un alto riesgo, pero es también un placer porque, como decía Dominique Dessors: "*es como hacer trapecio, en algún momento hay que soltarse*". Creo que esto es muy importante en nuestros modos de investigación.

MW y CR: Muchísimas gracias Pascale.

NOTAS FINALES

- a. La psicodinámica del trabajo surge en la década de 1980 de la mano de Christophe Dejours, abocada al "análisis dinámico de los procesos psíquicos movilizados por la confrontación del sujeto con la realidad del trabajo" (6).
- b. La noción "trabajo del care" fue desarrollada inicialmente por Patricia Paperman y Sandra Laugier (7) y alude a un conjunto de actividades que responden a las exigencias que caracterizan a las relaciones de cuidado del otro. En inglés existen dos términos para calificar al cuidado: *cure* y *care*. Mientras *cure* designa a la vertiente curativa del cuidado, *care* es aplicable a todos los cuidados desde el comienzo de la vida hasta su fin. *Care* alude al cuidado de otro en el sentido del hacer, de producir cierto trabajo para el mantenimiento o la preservación de la vida de otro *sin disociar las*

tareas materiales, del trabajo psicológico que implican. El care denota la dimensión propiamente afectiva movilizada por un tipo de actividades que necesitan ser realizadas con "ternura", "afecto" o "simpatía". El concepto atraviesa todo el campo social aplicándose tanto al trabajo de crianza y al trabajo doméstico, como al de cuidados especializados de enfermos, niños, gerontes, etc.

c. Otra de las actividades que Pascale Molinier realizó en Buenos Aires, en octubre del 2014, organizada por el Programa de Salud y Trabajo del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús, fue la conferencia "Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión/cultura del cuidado ¿Una conciliación imposible?" en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, la cual fue publicada por la Revista Topía (8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Molinier P. L'enigme de la femme active: Egoïsme, sexe et compassion. Paris: Payot; 2003.
2. Molinier P. Les enjeux psychiques au travail. Paris: Payot; 2006.
3. Molinier P. Le travail du care. Paris: La Dispute; 2013.
4. Molinier P, Laugier S, Paperman P. Qu'est-ce le care? Paris: Payot; 2009.
5. Arango Gaviria LG, Molinier P, comp. El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, La Carreta Social; 2011.
6. Dessors D, Molinier P. La psicodinámica del trabajo. En: Dessors D, Guiho-Bailly MP, comp. Organización del trabajo y salud: psicodinámica y psicopatología del trabajo. Buenos Aires: Trabajo y Sociedad, PIETTE, Lumen-Humanitas; 1998.
7. Paperman P, Laugier S. Le souci des autres: Éthique et politique du care. Paris: Éditions de l'École de hautes Études en Sciences Sociales; 2005.
8. Molinier P. Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible? Revista Topía [Internet]. 2014 [citado 10 mar 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/Vomu4i>.
9. Tronto J. Moral Boundaries: A political argument for an ethic of care. London: Routledge; 1993.
10. Paperman P. La perspectiva del care: de la ética a lo político. En: Arango Gaviria LG, Molinier P, comp. El trabajo y la ética del cuidado. Medellín: Universidad Nacional de Colombia, La Carreta Social; 2011.
11. Oury J. Le travail est-il thérapeutique?: Entretien réalisé par Lise Gaignard et Pascale Molinier à la Clinique de La Borde 2 septembre 2007. Travailleur. 2008;(19):15-34.

FORMA DE CITAR

Wlosko M, Ros C. El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y de la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier. Salud Colectiva. 2015;11(3):445-454.



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.728>